

Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по
Брянской области

(Территориальный орган Росздравнадзора по Брянской области)

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального
контроля)

г. Брянск
(место составления акта)

"21" декабря 2017 г.
(дата составления акта)

16-00
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

органом государственного контроля (надзора),
органом муниципального контроля **юридического лица,**
индивидуального предпринимателя
N 200

По адресу/адресам: 241000, Брянская область, г. Брянск, Советский район, ул. Луначарского,
дом 49А

(место проведения проверки)

На основании: приказа руководителя Территориального органа Росздравнадзора по
Брянской области М.В. Рябишина от 20.11.2017г. № ПЗ2 – 236/17

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена плановая, выездная проверка в отношении: государственного
автономного профессионального образовательного учреждения "Брянский медико-
социальный техникум имени академика Н.М. Амосова"

(плановая/внеплановая, документарная/выездная) (наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

" ____ " _____ 20 ____ г. с ____ час. ____ мин. до ____ час. ____ мин. Продолжительность ____

" ____ " _____ 20 ____ г. с ____ час. ____ мин. до ____ час. ____ мин. Продолжительность ____

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных
подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя
по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: рабочих дней/ 6 часов

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Территориальным органом Росздравнадзора по Брянской области

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы):

(заполняется при проведении выездной проверки)

Директор Пехова В.Н. В.Н. 22.11.17 11:00
(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения
проверки:

Z

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку:

Кузнецова Олега Юрьевича – председателем комиссии, начальника отдела контроля и
надзора в сфере здравоохранения;

Кривоносову Ирину Леонидовну – членом комиссии, главного специалиста - эксперта отдела контроля и надзора за обращением лекарственных средств и медицинских изделий;

Курило Александра Александровича – членом комиссии, специалиста-эксперта отдела контроля и надзора в сфере здравоохранения.

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку; в случае привлечения к участию в проверке экспертов, экспертных организаций указываются фамилии, имена, отчества (последнее – при наличии), должности экспертов и/или наименования экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали: директор Пехова В.Н. (приказ о назначении на должность № 21-пу от 10.05.2012г.)

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя саморегулируемой организации (в случае проведения проверки члена саморегулируемой организации), присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

В ходе проведения проверки:

выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов):

_____ Z _____
-выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям _____ Z _____

(с указанием положений (нормативных) правовых актов):

-выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля _____ Z _____
(с указанием реквизитов выданных предписаний):

Нарушений не выявлено:

Медицинская деятельность в организации осуществляется в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-32-01-001351 от 20.04.2017 года выданной департаментом здравоохранения по Брянской области.

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, внесена (заполняется при проведении выездной проверки): 21.12.2017г.

_____ (подпись проверяющего)

_____ (подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, отсутствует (заполняется при проведении выездной проверки):

_____ Z _____ (подпись проверяющего)

_____ Z _____ (подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Прилагаемые к акту документы:

1. Копия приказа о приеме на работу на 1 л. в 1 экз.

Подписи лиц, проводивших проверку:

Кузнецов О.Ю. _____

Кривоносова И.Л. _____

Курило А.А. _____

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил (а):

Гехова Вера Николаевна Дир. - директор

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

“21” 12 2017



Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

З

(подпись уполномоченного должностного лица (лиц), проводившего проверку)