

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ

г. Пермь
(место составления акта)

«30» июля 2019 г.
(дата составления акта)
10.00
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

№ 213

юридического лица, возможности переоформления лицензии, N ЛО-59-01-003449, от 18.12.2015 г
на срок по бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Пермского края
на осуществление медицинской деятельности в связи с

- * реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- * реорганизацией юридического лица в форме слияния
- * **изменением наименования юридического лица**
- * изменением адреса места нахождения юридического лица
- * изменением реквизитов документа, удостоверяющих личность индивидуального предпринимателя
- * изменением места жительства, имени, фамилии, отчества индивидуального предпринимателя
- * прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- * прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии
- * истечением срока действия лицензии на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

«29» июля 2019 г. - «30» июля 2019 г. по адресу: 614060, г. Пермь, бульвар Гагарина, 10
(место проведения проверки)

На основании приказа заместителя министра здравоохранения Пермского края М.А. Мальцева от «23» июля 2019 г. № 878-л.

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

была проведена внеплановая документарная проверка (плановая/внеплановая, документарная/выездная)
в отношении: Муниципального автономного учреждения «Спортивная школа олимпийского резерва № 1» г. Перми.

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

"29" 07 2019 г. с ___ час. ___ мин. До ___ час. ___ мин. Продолжительность 2
(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Продолжительность проверки: не более 10 рабочих дней
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Министерством здравоохранения Пермского края
(наименование органа государственного контроля (надзора))

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен: не требуется
(заполняется при проведении выездной проверки)

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

(заполняется при необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо (а), проводившее проверку: главный специалист отдела лицензирования медицинской деятельности Министерства здравоохранения Пермского края Балахонцев Николай Павлович.
(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: не требуется

(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 результате проведенной проверки полноты и достоверности сведений о соискателе лицензии установлено: соискателем лицензии представлены (нужное подчеркнуть):

1. полные и достоверные сведения
2. неполные и недостоверные сведения:

В ходе проведения проверки:

1. Выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами:

Не выявлено:

2. Выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов:

Не проверялось;

3. Выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний):

Не проверялось;

4. Нарушений не выявлено.

Заключение:

В связи с тем, что комплект документов соответствует/не соответствует установленным требованиям имеется/не имеется возможность переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности.

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

_____ (подпись проверяющего)

_____ (подпись уполномоченного

представителя юридического лица)

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

_____ (подпись проверяющего)

_____ (подпись уполномоченного представителя юридического лица)

Прилагаемые документы: нет.

Подписи лиц, проводивших проверку:

Н.П. Балахонцев _____

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

Тавири Намал Викторовна по доверенности
_____ (фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность руководителя, иного должностного лица уполномоченного представителя юридического лица)

«30» июля 2019 г.

_____ (подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

(подпись уполномоченного должностного лица, проводившего проверку)