



Триш 013

**Министерство здравоохранения
Мурманской области**

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

г. Мурманск

(место составления акта)

“ 06 ” 12 20 16 г.

(дата составления акта)

17 час. 00 мин.

(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

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

(к делу № ЛО-51-01-000217-16)

№ 615-ЛО

По адресу/адресам: 183032, г. Мурманск, пр. Кольский, д.1

(место проведения проверки)

**На основании: приказа Министерства здравоохранения Мурманской области
от 05.12.2016 № 615-ЛО**

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

**была проведена внеплановая документарная проверка в отношении:
муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения
№48 г. Апатиты**

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

Дата и время проведения проверки:

« » с час. мин. до час. мин. Продолжительность

« » 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: 1 рабочий день (с 06.12.2016 по 06.12.2016)

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Министерством здравоохранения Мурманской области

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

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

(заполняется при проведении выездной проверки)

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

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

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку:

Белозерову Светлану Чеславовну, начальника отдела по лицензированию отдельных видов деятельности и контроля качества медицинской помощи Министерства здравоохранения Мурманской области;

Лебедева Вячеслава Анатольевича, ведущего специалиста отдела по лицензированию отдельных видов деятельности и контроля качества медицинской помощи Министерства здравоохранения Мурманской области;

(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:

(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):

(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

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

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

нарушений не выявлено

В связи с изменением наименования юридического лица проведена проверка сведений, указанных в заявлении от 02.12.2016 № 08/6905 и документах, представленных на переоформление лицензии на медицинскую деятельность, без выезда на место осуществления лицензируемой деятельности, путем сопоставления с соответствующими сведениями из Единого государственного реестра юридических лиц.

Полное наименование юридического лица: муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение № 48 г. Апатиты.

Место нахождения юридического лица: 184209, Мурманская область, г. Апатиты, ул. Бредова, д. 44;

место осуществления медицинской деятельности:

184209, Мурманская область, г. Апатиты, ул. Бредова, д. 44;

184209, Мурманская область, г. Апатиты, ул. Строителей, д. 115

ИНН 5101750143

ОГРН 1025100510489

Для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности лицензиатом представлены следующие документы:

1. (Электронное подтверждение) Копия документа, о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе (ИНН);
2. Документ, подтверждающий уплату государственной пошлины за предоставление/переоформление лицензии (копия электронного платежа);
3. (Электронное подтверждение) Проверка полноты и достоверности сведений, указанных в представленных документах, проведена путем сопоставления с соответствующими сведениями из Единого государственного реестра юридических лиц;
4. Заявление о переоформлении лицензии;
5. Оригинал лицензии.

ВЫВОД:

В результате проверки **выявлено соответствие** сведениям из единого государственного реестра юридических лиц представленным документам на переоформление лицензии на медицинскую деятельность по адресу:

Место нахождения юридического лица: 184209, Мурманская область, г. Апатиты, ул. Бредова, д. 44;

место осуществления медицинской деятельности:

184209, Мурманская область, г. Апатиты, ул. Бредова, д. 44;

184209, Мурманская область, г. Апатиты, ул. Строителей, д. 115.

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

(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):

(подпись проверяющего)

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

Прилагаемые к акту документы: **нет**

Подписи лиц, проводивших проверку:



С.Ч. Белозерова



В.А. Лебедев

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

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

06.12.2016



(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____
(лиц), проводившего проверку)