

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование органа государственного контроля (надзора))

Великий Новгород
(место составления акта)

“ 16 ” декабря 20 15 г.
(дата составления акта)
15 ч. 00 мин.
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

департаментом здравоохранения Новгородской области
соблюдения лицензиатом лицензионных требований
№ 1025-Д

По адресу / адресам: Новгородская область, Великий Новгород, ул.
Рогатица, д. 16/21.
(место проведения проверки)

На основании: приказа департамента здравоохранения Новгородской области
№ 1025-Д от 16 октября 2015 г.
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена плановая выездная проверка в отношении:
(плановая / внеплановая, документальная / выездная)
областного автономного учреждения социального обслуживания
«Комплексный центр социального обслуживания населения Великого
Новгорода и Новгородского района» (далее – Учреждение)
(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

16 декабря 2015 г. с 09 ч. 00 мин. до 10 ч. 00 мин.

(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 час

(рабочих дней / часов)

Акт составлен: департаментом здравоохранения Новгородской области
(наименование органа государственного контроля (надзора))

С приказом о проведении проверки ознакомлен(ы), копию приказа получил(и):

Дмитриева Л.А.

16.12.2015г. 09 ч. 00 мин.

(заполняется при проведении выездной проверки: фамилия, инициалы, подпись, дата, время)

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

не требуется

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо (а), проводившее проверку:

Христофорова Марина Феликсовна – начальник отдела лицензирования деятельности в сфере здравоохранения департамента здравоохранения Новгородской области (далее – отдел департамента); Федорова Ирина Алексеевна – главный специалист-эксперт отдела департамента.

(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 фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должности экспертов и/или наименования экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименовании органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали: _____

Дмитриева Людмила Анатольевна – директор

(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 выявлено, что Учреждение по указанному адресу медицинскую деятельность не осуществляет, что подтверждено приказом от 01 декабря 2015г. № 310.

В отдел лицензирования деятельности в сфере здравоохранения департамента здравоохранения Новгородской области подано заявление о переоформлении лицензии на 3 л. в 1 экз. регистрационный № ЛО-01-53- 0483 от 16.12.2015.

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 проверяющего)

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

Прилагаемые к акту документы: приказ о прекращении медицинской деятельности от 01 декабря 2015г. № 310 на 1 л. в 1 экз.

Подписи лиц, проводивших проверку: _____

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

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

" 16 " декабря 20 15 г. [подпись]
 (подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____
 (подпись уполномоченного должностного лица (лиц), проводившего проверку)