

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ОРГАН ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО АЛТАЙСКОМУ КРАЮ
(ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ОРГАН РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО АЛТАЙСКОМУ КРАЮ)**

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

с. Ключи
(место составления акта)

“ 31 ” октября 20 17 г.
(дата составления акта)
13:00
(время составления акта)

**АКТ ПРОВЕРКИ
органом государственного контроля (надзора) юридического лица**

№ 1022494

По адресу: 658980, Алтайский край, с. Ключи, ул. Щорса, д. 39.
(место проведения проверки)

Место фактического осуществления деятельности: 658980, Алтайский край, с. Ключи, ул. Щорса, д. 39.

На основании: приказа руководителя Территориального органа Росздравнадзора по Алтайскому краю от 26.09.2017 № П22-475/17 «О проведении плановой выездной проверки юридического лица»

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

была проведена плановая выездная проверка в отношении:

краевого государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания «Ключевский дом-интернат малой вместимости для престарелых и инвалидов» (КГБСУСО «Ключевский дом-интернат малой вместимости для престарелых и инвалидов», ИНН 2248002751; ОГРН 1022202315497.

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

Общая продолжительность проверки: 04.10.2017-31.10.2017 - 20 рабочих дней

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: должностными лицами Территориального органа Росздравнадзора по Алтайскому краю

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

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен: директор КГБСУСО «Ключевский дом-интернат малой вместимости для престарелых и инвалидов» Кирюшин Сергей Николаевич 26.09.2017 17-12ч..

(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)

Лица, проводившие проверку:

1. Авцинова Ирина Михайловна – председатель комиссии, начальник отдела организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности Территориального органа Росздравнадзора по Алтайскому краю;

2. Цыбенко Артур Геннадьевич – главный государственный инспектор отдела организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности Территориального органа Росздравнадзора по Алтайскому краю. (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 Кирюшин С.Н. (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)

По результатам проверки нарушений обязательных требований, установленных нормативно-правовыми актами не выявлены.

(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

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)

Подписи лиц, проводивших проверку:


Авцинова Ирина Михайловна
(Ф.И.О. проверяющего)

начальник отдела
(должность)

 (подпись)

Цыбенко Артур Геннадьевич
(Ф.И.О. проверяющего)

главный государственный
инспектор
(должность)

 (подпись)

Акт проверки составлен в двух экземплярах, один экземпляр получил: директор КГБСУСО «Ключевский дом-интернат малой вместимости для престарелых и инвалидов» Кирюшин Сергей Николаевич.

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

“ 31 ” октября 20 17 г.

