

Министерство здравоохранения Тульской области

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

г. Донской
(место составления акта)

“ 14 ” 05 20 21 г.
(дата составления акта)

15.00
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

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

№ _____ б/н _____

По адресу/адресам:

301650, Тульская область, Новомосковск, ул. Бережного, д. 15;
301766, Тульская область, Донской, мкр.Центральный, ул.Советская, д 14;
(место проведения проверки)

На основании: приказа заместителя министра здравоохранения Тульской области М.В. Малишевский от 11.05.2021 № 117- ЛО

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата)
была проведена _____ внеплановая выездная _____ проверка в отношении:
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Государственное учреждение Тульской области «Тульский областной центр реабилитации инвалидов»
(ГУ ТО ТОЦРИ)
(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

“ 14 ” 05 20 21 г. с 10 час. 50 мин. до 15 час. 00 мин. Продолжительность 57

“ ” 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: _____ 1 рабочий день/ 1 час
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: _____ Министерством здравоохранения Тульской области
(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

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

по доверенности от 07.04.2021 г. Смирнов А.А. ЕЩ
(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:

Черепенникову Мария Вячеславовну – главного специалиста — эксперта по лицензированию отдела ведомственного контроля качества, лицензирования и работы с обращениями граждан департамента ведомственного контроля и обеспечения деятельности министерства здравоохранения Тульской области

Черняк Викторю Ивановну – главного специалиста — эксперта по лицензированию отдела ведомственного контроля качества, лицензирования и работы с обращениями граждан департамента ведомственного контроля и обеспечения деятельности министерства здравоохранения Тульской 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:

Исх. № 2-9/СЗ/С/С. А. С. А.

(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, по адресам мест осуществления лицензируемых видов деятельности:

301650, Тульская область, Новомосковск, ул. Бережного, д. 15
в части заявленных работ (услуг):

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): медицинскому массажу;

301766, Тульская область, Донской, мкр.Центральный, ул.Советская, д 14

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): медицинскому массажу;

возможность соблюдения лицензионных требований в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. №291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)». ПОДТВЕРЖДЕНА

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)

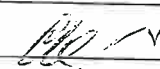
Прилагаемые к акту документы: _____

Подписи лиц, проводивших проверку: 

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со 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)

“ 14 ” 05 20 21 г.



(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

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