

Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения
по Нижегородской области

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)
603950, г. Нижний Новгород,
ул. Варварская, д. 32
(место составления акта)

“ 24 ” октября 20 19 г.
(дата составления акта)
11:00
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

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

№ _____ б/н _____

По адресу/адресам: 603950, г. Нижний Новгород, ул. Варварская, д. 32.
(место проведения проверки)

На основании: Приказа руководителя Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Нижегородской области С.В. Щукина от 26.09.2019 №318-Пр/19
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена внеплановая документарная проверка в отношении:
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Государственного бюджетного учреждения «Бутурлинский психоневрологический интернат»
(ГБУ «Бутурлинский ПНИ»).
(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

“ 27 ” сентября 20 19 г. с 14 час. 00 мин. до ____ час. ____ мин. Продолжительность _____
20

“ 24 ” октября 20 19 г. с ____ час. ____ мин. до 11 час. 00 мин. Продолжительность р.д.
(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: с 27.09.2019 по 24.10.2019 (20 рабочих дней)
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Нижегородской 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:
не требуется

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку: Емельянова Светлана Александровна – начальник отдела контроля и надзора за обращением лекарственных средств и изделий медицинского назначения Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Нижегородской области; Рахманова Татьяна Викторовна – главный государственный инспектор отдела контроля и надзора в сфере здравоохранения Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Нижегородской области; Сбоев Евгений Михайлович – ведущий специалист-эксперт отдела контроля и надзора в сфере оказания медицинских услуг Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Нижегородской 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.

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)


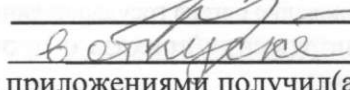
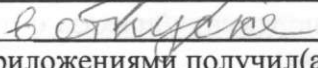
Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, отсутствует (заполняется при проведении выездной проверки):

(подпись проверяющего)

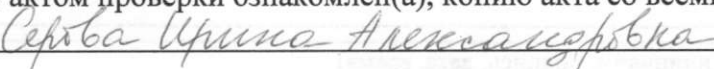
(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Прилагаемые к акту документы: Письмо ГБУ «Бутурлинский ПНИ» от 03.10.2019 №706 с приложениями.

Подписи лиц, проводивших проверку:

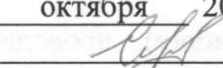
 /Емельянова С.А./
 /Рахманова Т.В./
 /Сбоев Е.М./

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

 Серба Ирина Александровна, директор

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

“ 24 ” октября 20 19 г.


(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: -----

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