

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

г. Грозный
(место составления акта)

28 сентября 2020 г.

(дата составления акта)

17 час. 30 мин.

(время составления акта)

Акт проверки
министерством здравоохранения Чеченской Республики
юридического лица/индивидуального предпринимателя
№ 111

По адресу/ адресам: 364051, Чеченская Республика, г. Грозный, ул. Чехова, 4,
(место проведения проверки)

на основании приказа министра здравоохранения ЧР Э.А. Сулейманова от
24.09.2020 г. № 244-л,

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата), фамилии, имени, отчества (в случае, если имеется),
должность руководителя, заместителя руководителя органа государственного контроля (надзора), органа
муниципального контроля, издавшего распоряжение или приказ о проведении проверки)

была проведена внеплановая, документарная проверка в отношении

плановая/внеплановая; документарная/выездная

муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения

«Детский сад № 4 «Шовда» ст. Ассиновская

Серноводского муниципального района

(наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество
индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

"__" _____ 20__ г. с __ час. __ мин. до __ час. __ мин. Продолжительность

"__" _____ 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)

Продолжительность проверки: рабочий день / 3 часа

(рабочих дней/часов)

Акт составлен сектором лицензирования

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

(фамилии, имена, отчества (в случае, если имеется), подпись, дата, время)

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

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо, проводившее проверку:

Джабраилова А.М. - начальник отдела лицензирования

(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность должностного лица (должностных лиц),
проводившего (их) проверку; в случае привлечения к участию к проверке экспертов, экспертных
организаций указываются фамилии, имена, отчества (в случае, если имеются), должности экспертов и/или
наименование экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и

наименования органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовал(а)

(фамилия / имя, отчество (в случае, если имеется), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя)

Работы (услуги), выполняемые по адресу места осуществления деятельности: 366703, Чеченская Республика, Серноводский р-он, ст. Ассиновская, ул. П. Мусорова, 56:

при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу в педиатрии.

В ходе проведения проверки:

выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов): не выявлено;

(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: соответствует лицензионным требованиям для осуществления медицинской деятельности по заявленному перечню работ (услуг).

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

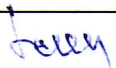
(подпись проверяющего)

(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: А.М. Джабраилова 

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

(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Заведующий - Идрисова Мадина Олеговна

(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица)

28 сентября 2020 г.


(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

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