



КОМИТЕТ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗОПАСНОСТИ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Порт-Саида ул., д. 5а, Волгоград, 400131. Тел./факс (8442) 30-93-70. E-mail: KOBGN@volganet.ru
ОКПО 80207138, ОГРН 1103444004982, ИНН/КПП 3444179637/344401001

г.Суровикино
(место составления акта)

" 02 " августа 2018 г.
(дата составления акта)
14 час. 00 мин
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ
органом государственного контроля (надзора),
органом муниципального контроля юридического лица,
индивидуального предпринимателя
№ 25

По адресу/адресам: 404414, Волгоградская область, Суровикинский район,
г.Суровикино, ул.Сысоева, д.61

(место проведения проверки)

На основании: приказа комитета по обеспечению безопасности
жизнедеятельности населения Волгоградской области от 02 июля 2018г. № 147

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

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

государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Центральная
районная больница Суровикинского муниципального района", Волгоградская
область, город Суровикино", (ИНН 3430003190, ОГРН 1023405964977)

(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
" " 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: 2 рабочих дня, в течение 8 часов
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: комитетом по обеспечению безопасности жизнедеятельности
населения Волгоградской области

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

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

главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения
"Центральная районная больница Суровикинского муниципального района",
Волгоградская область, город Суровикино Саранов Алексей Петрович

01.08.2018 в 08:35

(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 (ие) проверку: Пономарев Олег Евгеньевич,
консультант отдела регионального государственного надзора в сфере защиты
населения и территорий от чрезвычайных ситуаций, подготовки населения
и связи со средствами массовой информации управления защиты населения
от чрезвычайных ситуаций

(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: главный врач государственного
бюджетного учреждения здравоохранения "Центральная районная больница
Суровикинского муниципального района", Волгоградская область,
город Суровикино Саранов Алексей Петрович

(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)

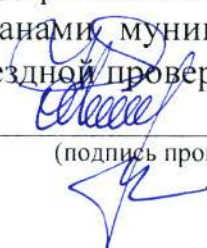
В ходе проведения проверки: государственного бюджетного учреждения
здравоохранения "Центральная районная больница Суровикинского
муниципального района" Волгоградская область, город Суровикино
выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных
муниципальными правовыми актами (с указанием 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): **не выявлено**

выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний): **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: не прилагаются

Подписи лиц, проводивших проверку: _____



С актом проверки ознакомлен (а), копию акта со всеми приложениями получил (а): Саранов Алексей Петрович, главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения " Центральная районная больница Суровикинского муниципального района", Волгоградская область, город Суровикино

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

"02" ас 2019 г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

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