



**СЛУЖБА ПО КОНТРОЛЮ И НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ**

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

г. Ханты-Мансийск  
(место составления акта)

«18» апреля 2018 г.  
(дата составления акта)

18.04.2018 с 14 ч. 00 мин. до 15 ч. 00 мин.  
(время проведения проверки)

**АКТ ПРОВЕРКИ**

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

№ 3218

По адресу / адресам:

628011, Тюменская область, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Карла Маркса, д. 30

(место проведения проверки)

На основании: приказа Службы по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты - Мансийского автономного округа – Югры от «13» апреля 2018 г. № 134-к

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

была проведена внеплановая документарная проверка соответствия полноты и достоверности сведений, содержащихся в заявлении и документах о переоформлении лицензии на осуществление медицинской в связи с изменением наименования юридического лица, изменением адреса места осуществления деятельности, в отношении:

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

**бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Радужнинский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»**

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 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 р.д. / 1 ч.

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты - Мансийского автономного округа – Югры

(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:

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо, проводившее проверку:

**Чепурина Наталья Анатольевна, начальник отдела лицензирования медицинской деятельности**

(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)

