



**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)

«22» октября 2021 г.

(дата составления акта)

22.10.2021 с 16 ч. 00 мин. до 17 ч. 00 мин.

(время проведения проверки)

АКТ ПРОВЕРКИ

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

№ 4148

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 «21» октября 2021 г. № 281-к

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

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

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский реабилитационный центр»

(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 (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)
(заполняется при проведении выездной проверки):

В ходе проведения проверки:

выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами:

(с указанием положений (нормативных) правовых актов, 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:

1. Приложение к акту № 4148 – 1 л.
2. Выписка из ЕГРЮЛ от 22.10.2021 – 32 стр. (в формате PDF)

Подписи лиц, проводивших проверку: _____ (Чепурина Н.А.)

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)

“ ____ ” _____ 20 21 г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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

**Приложение к акту № 4148 от «22» октября 2021 г.
внеплановой выездной / документарной проверки
подтверждения полноты и достоверности сведений,
содержащихся в заявлении и документах, представленных
для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности
в связи с изменением наименования юридического лица**

Регистрационный номер принятых документов ЛО-86-01-000203-21

По представленным документам проведена проверка полноты и достоверности сведений, содержащихся в заявлении о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности, а также соответствие сведениям, содержащихся в Едином государственном реестре юридических лиц / индивидуальных предпринимателей, реестре лицензии на осуществление медицинской деятельности (РЛ-1) (выполнение ч. 4 ст. 19 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»)

Полное, сокращенное, фирменное наименование соискателя лицензии / лицензиата:
бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский реабилитационный центр» (БУ «Сургутский реабилитационный центр», -)

Место нахождения юридического лица / место жительства индивидуального предпринимателя:
628418, Тюменская область, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Сургут, ул. Бажова, д. 42

Адрес и код ИФНС, поставившей на учет соискателя лицензии / лицензиата:
628402, Тюменская область, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Сургут, ул. Геологическая, 2. Код ИМНС 8602

директор БУ «Сургутский реабилитационный центр» начальник Королева Светлана Вячеславовна
контактный телефон: 8 (3462) 34-03-25, 34-03-27
e-mail: SurReabC@admhmao.ru

ИНН 8602020390
ОГРН 1028600605220

Лицензия БУ «Сургутский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» на осуществление медицинской деятельности:
- ЛО-86-01-003175 от 20.11.2018 по 1 (одному) адресу места осуществления деятельности

В результате проведенной проверки выявлено соответствие сведений, представленных в заявлении **бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский реабилитационный центр»** о переоформлении лицензии в связи с изменением наименования юридического лица, содержащимся в Едином государственном реестре юридических лиц / Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей (выписка из ЕГРЮЛ от 22.10.2021 в формате PDF прилагается), реестре лицензии на осуществление медицинской деятельности (РЛ-1) (выполнение ч. 4 ст. 19 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»).

Проверка подтверждения полноты и достоверности сведений осуществлена:
начальником отдела лицензирования медицинской деятельности
Чепуриной Н.А.
(Должность, ФИО)



(подпись)

С приложением к акту ознакомлен / отказался от ознакомления с актом проверки:

(заполняется при проведении выездной проверки)

(Должность, ФИО)

(подпись)

Акт и приложение к акту отправлены почтой / выданы на руки лицензиату / соискателю лицензии

кач. от Чепуриной Н.А.

(Должность, ФИО)



(подпись)