

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

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

г. Нижний Новгород  
(место составления акта)

“ 10 ” июля 20 18 г.  
(дата составления акта)

14.00 час.  
(время составления акта)

### АКТ ПРОВЕРКИ

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

№ \_\_\_\_\_ б/н \_\_\_\_\_

По адресу/адресам: 603006, г. Нижний Новгород, Варварская ул. дом 32.  
(место проведения проверки)

На основании: приказа руководителя Территориального органа Федеральной службы по надзору в  
сфере здравоохранения по Нижегородской области С. В. Щукина от 20.06.2018 № 294-Пр/18

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

была проведена внеплановая документарная проверка по контролю за исполнением предписания в  
отношении Государственного бюджетного учреждения «Центр социального обслуживания граждан  
пожилого возраста и инвалидов города Арзамаса»

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

Дата и время проведения проверки:

“ 22 ” июня 20 18 г. с 10 час. 00 мин. до \_\_\_\_\_

“ 10 ” июля 20 18 г. \_\_\_\_ 14 час. 00 мин. Продолжительность \_\_\_\_\_ 13 рабочих дней

(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 22.06.2018 по 10.07.2018 (13 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:

-----  
(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку:

Ю. Ф. Плотников – заместитель руководителя – начальник отдела контроля и надзора в сфере  
оказания медицинских услуг Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере  
здравоохранения по Нижегородской области;

М. А. Ирхина – старший государственный инспектор отдела контроля и надзора в сфере оказания медицинских услуг Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Нижегородской области;

Е. М. Сбоев – ведущий специалист-эксперт отдела контроля и надзора в сфере оказания медицинских услуг Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Нижегородской области;

А. М. Серафимова – государственный инспектор 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:

Рассмотрена документация Государственного бюджетного учреждения «Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов города Арзамаса», представленная в соответствии с приказом руководителя Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Нижегородской области С. В. Шукина от 20.06.2018 № 294-Пр/18.

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: нет.

Подписи лиц, проводивших проверку:

В отпуске /Ю.Ф. Плотников/  
[подпись] /М.А. Ирхина/  
[подпись] /Е.М. Сбоев/  
[подпись] /А.М. Серафимова/

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

Ирхина Елена Юрьевна директор ТЭУ  
«Уютный» Армавир

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

“ 10 ” июля 20 18 г.

[подпись]  
 (подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: \_\_\_\_\_

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