



УПРАВЛЕНИЕ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ  
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
650056, г. Кемерово, Ленина пр. 121Б, тел. 54-69-62, факс 54-38-98, E-mail: UprLicen@medfarm42.ru

г. Кемерово  
(место составления акта)

«26» октября 2016  
(дата составления акта)  
11 часов 30 минут  
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ  
органом государственного контроля (надзора), органом  
муниципального контроля юридического лица,  
индивидуального предпринимателя  
№ 01-000549-16 (Д)

По адресу: 650056, г. Кемерово, пр. Ленина, д.121Б  
(место проведения проверки)

На основании приказа начальника управления лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области Шабалиной Л.А. от 24.10.2016 г. № 1293-н  
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата)

была проведена внеплановая документарная  
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

проверка в отношении: муниципального бюджетного образовательного учреждения  
дополнительного образования «Детско-юношеская спортивная школа»  
(наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки: с 24.10.2016 по 26.10.2016

"\_\_" \_\_ 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: 3 рабочих дня.  
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области.  
(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен: не требуется.  
(заполняется при проведении выездной проверки (фамилии, имени, отчества (в случае, если имеется), подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки: не требуется.  
(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившие проверку:

*Нагаткина Татьяна Ивановна – консультант отдела лицензирования медицинской деятельности.*

(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку; в случае привлечения кучастию 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 присутствовали: не требуется.

(фамилия/ имя, отчество (в случае, если имеется), 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:**

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: *не проверялось.*

(с указанием положений (нормативных) правовых актов)

Выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля: *не проверялось.*

(с указанием реквизитов выданных предписаний)

Установлено:

Полное наименование юридического лица:

*муниципальное бюджетное образовательное учреждение дополнительного образования «Детско-юношеская спортивная школа»*

Сокращенное наименование: *МБОУ ДО ДЮСШ*

Фирменное наименование: *нет.*

Местонахождение юридического лица /адрес места жительства индивидуального предпринимателя:

*652992, Кемеровская область, г. Таштагол, ул. Поспелова, д. 7*

*ИНН 4228007106*

*ОГРН 1024201962168*

Лицензия, подлежащая переоформлению:

*№ ЛО-42-01-003695 от 22.05.2015. Предоставлена лицензирующим органом: «Управление лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области».*

Основание (основания) для переоформления:  
в связи с  
- изменением наименования юридического лица.

Место осуществления лицензируемой деятельности:  
652992, Кемеровская область, г. Таштагол, ул. Поспелова, д. 7

Представлены:

1. Заявление о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность, содержащее сведения:  
-о лицензиате, содержащихся в Едином государственном реестре юридических лиц;  
-подтверждающие уплату государственной пошлины за переоформление лицензии.
2. Оригинал лицензии: № ЛО-42-01-003695 от 22.05.2015. Предоставлена лицензирующим органом: «Управление лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области».
3. Опись прилагаемых документов.

*Проведена проверка соответствия сведений, содержащихся в представленных лицензиатом заявлении и документах, положениям частей 1 и 3 статьи 13 и части 3 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», а также сведениям о лицензиате, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, государственной информационной системе о государственных и муниципальных платежах.*

**Вывод:**

*Сведения, содержащиеся в представленных заявлении о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документах, соответствуют положениям частей 1 и 3 статьи 13 и части 3 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», а также сведениям, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, государственной информационной системе о государственных и муниципальных платежах.*

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

\_\_\_\_\_  
(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. *Выписка из Единого государственного реестра юридических лиц.*

Подписи лиц, проводивших проверку:

*Консультант отдела  
лицензирования медицинской  
деятельности  
Нагаткина Т.И.*



\_\_\_\_\_  
(подпись)

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)

*«26» октября 2016 г.*

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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