

**Министерство здравоохранения Республики Коми**  
**167981, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Ленина, д.73; тел. 244-927, 44-59-01**  
(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

г. Сыктывкар  
(место составления акта)

“ 29 ” марта 20 18 г.  
(дата составления акта)  
13 час. 00 мин.  
(время составления акта)

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

№ 137/2018/01

По адресу/адресам: 167981, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Ленина, д. 73  
(место проведения проверки)

На основании: приказа Министерства здравоохранения Республики Коми от 28 марта 2018 г.

№ 664-р

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

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

Государственного бюджетного учреждения Республики Коми «Спортивная школа олимпийского резерва №1» (ГБУ РК «СПОР №1»), адрес места нахождения юридического лица: 167000, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 76.

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

Дата и время проведения проверки:

“ 29 ” марта 20 18 г. с 12 час. 00 мин. до 13 час. 00 мин. Продолжительность 1 ч.

(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 день/1 час  
(рабочих дней/часов)

Проверка проведена на основании заявления соискателя лицензии о предоставлении лицензии.

Акт составлен: Министерством здравоохранения Республики Коми  
наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

Лицо(а), проводившее проверку: Рыков Виктор Николаевич – главный специалист-эксперт сектора лицензирования Министерства здравоохранения Республики Коми.

(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)

Проверка соответствия сведений из единого государственного реестра юридических лиц, постановке на учет в налоговом органе:

ОГРН 1021100508021  
ИНН 1101485579

Сведения о юридическом лице соответствуют сведениям из единого реестра юридических лиц.

Сведения о санитарно-эпидемиологическом заключении на объекте деятельности, указанные в заявлении, соответствуют сведениям указанным в заключении.

В результате проведенной проверки полноты и достоверности сведений о лицензиате и возможности выполнения им лицензионных требований установлено: лицензиатом представлены полные и достоверные сведения.

В ходе проведения проверки нарушений не выявлено.

Прилагаемые к акту документы:

1. Сведения о юридическом лице из Единого государственного реестра юридических лиц на 2 л.
2. Сведения из реестра санитарно-эпидемиологических заключений на 2 л.

Подписи лиц, проводивших проверку: \_\_\_\_\_

Один экземпляр акта проверки направлен в адрес Государственного бюджетного учреждения республики Коми «Спортивная школа олимпийского резерва №1».