



МЭРИЯ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА

ДЕПАРТАМЕНТ ЗЕМЕЛЬНЫХ И ИМУЩЕСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ

г. Новосибирск
(место составления акта)

«13» июля 2021 г.
(дата составления акта)

_____ 12:00 _____
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

юридического лица, индивидуального предпринимателя
№ 03/23-Б

По адресу/адресам: г. Новосибирск, ул. 2-я Станционная, д. 52а
(место проведения проверки)

На основании: приказа начальника департамента земельных и
имущественных отношений мэрии города Новосибирска Г. В. Жигульского
от 28.12.2020 № 930-од _____
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена плановая выездная проверка в отношении:
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная
часть министерства внутренних дел Российской Федерации по
Новосибирской области» ОГРН 1065406096227, ИНН 5406345862
(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) индивидуального предпринимателя)

Общая продолжительность проверки: 9 рабочих дней/ 65 час _____
(рабочих дней/часов)

Акт составлен мэрией города Новосибирска, от имени которой
действует департамент земельных и имущественных отношений мэрии
города Новосибирска

С копией распоряжения/приказа о проведении ознакомлен (ы):
Представитель по доверенности Федерального казенного учреждения
здравоохранения «Медико-санитарная часть министерства внутренних дел
Российской Федерации по Новосибирской области» Вайман А. А.
(заполняется _____ при _____ проведении _____ выездной
проверки) _____
(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Лицо (-а), проводившее проверку: главный специалист отдела
муниципального земельного контроля УЗР Барсукова О. А.
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), 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: представитель по доверенности
Федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная
часть министерства внутренних дел Российской Федерации по
Новосибирской области» Вайман А. А.
(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:

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 (с указанием положений (нормативных) _____ правовых актов): _____ нет _____

выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний): ранее предписаний не выдавалось

нарушений не выявлено: не выявлено