

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
№ _____

_____ (найменування органу державного нагляду (контролю)*, місцезнаходження,

_____ номер телефону, адреса електронної пошти)

Вид перевірки:
планова/позапланова

АКТ № _____

про

_____ (вид порушення відповідно до вимог пунктів 2, 6-8 та 10 частини дванадцятої статті 16 Закону України
«Про ліцензування видів господарської діяльності»)

«___» _____ 20__ року

_____ (назва населеного пункту)

Акт складено посадовими особами:

_____ (найменування посади, власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ)

_____ (найменування посади, власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ)

_____ (найменування посади, власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ)

_____ (найменування посади, власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ)

призначеними наказом _____

_____ (найменування органу державного нагляду (контролю))*

від «___» _____ 20__ року № _____

Перевірку проведено в присутності

_____ (власне ім'я, прізвище, найменування посади, підпис, № доручення)

Ліцензіат _____

_____ (повне найменування юридичної особи

_____ або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

ідентифікаційний код юридичної особи згідно з ЄДРПОУ, або реєстраційний номер облікової

картки платника податків фізичної особи - підприємця , або серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи-підприємця**

Вид діяльності: _____
(зазначається вид господарської діяльності)

Місцезнаходження юридичної особи або адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) фізичної особи-підприємця: _____

Найменування структурних підрозділів юридичної особи або фізичної особи - підприємця,
адреси місьць провадження господарської діяльності:

Власне ім'я, прізвище керівника: _____

Під час перевірки встановлено:

Додатки до акта (за наявності навести перелік):

№ з/п	Назва документа	Кількість арк.

(власне ім'я, прізвище)

(власне ім'я, прізвище)

(власне ім'я, прізвище)

(власне ім'я, прізвище)

(підпис)

(підпис)

(підпис)

(підпис)

Акт складено на _____ аркушах у двох примірниках.

З результатами перевірки ознайомлений(а), один примірник акта отримав(ла).

(власне ім'я, прізвище)

(підпис)

* Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками або її територіальний орган.

** Для фізичних осіб-підприємців, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган та мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта.

**В.о. директора Департаменту
високотехнологічної медичної
допомоги та інновацій**

Максим ЧУБАК