



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(МОЗ України)

Вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, e-mail: moz@moz.gov.ua,
web: <http://www.moz.gov.ua>, код за ЄДРПОУ 00012925

Акт про відмову _____
(найменування суб'єкта господарювання (ліцензіата))
в проведенні перевірки МОЗ України

« _____ » _____ 20 ____ року
(дата складання Акта)

Акт перевірки складено посадовими особами МОЗ України:

Голова комісії:

(прізвище, ініціали, посада)

Члени комісії:

(прізвище, ініціали, посада)

(прізвище, ініціали, посада)

(прізвище, ініціали, посада)

(прізвище, ініціали, посада)

призначеними наказом МОЗ України від « ____ » _____ 20 ____ року № ____
« _____ ».
(назва наказу)

За результатами (планової/позапланової) перевірки додержання

(найменування ліцензіата, прізвище, ім'я, по батькові ліцензіата – фізичної особи – підприємця, код за ЄДРПОУ, або реєстраційний номер облікової картки платника податків з Державного реєстру фізичних осіб - платників податків, або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні або інші переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідні органи державної влади та мають відмітку у паспорті), місцезнаходження або місце проживання ліцензіата, місце провадження діяльності, реквізити ліцензії (серія, номер, дата))

Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики та згідно з Актом перевірки від « ____ » _____ 20 ____ року встановлено:

(докладний опис виявленого порушення)

Висновки:

До Акта перевірки додаються такі документи:

1. _____
(назва документа (оригінал або завірена копія), кількість аркушів)
2. _____
3. _____

Голова комісії

(підпис)

(прізвище, ініціали)

Члени комісії:

(підпис)

(прізвище, ініціали)

(підпис)

(прізвище, ініціали)

(підпис)

(прізвище, ініціали)

Акт про відмову ліцензіата в проведенні перевірки складено на _____
аркушах у двох примірниках.

З Актом ознайомлений, один примірник отримав:

Керівник юридичної особи або
фізична особа – підприємець
(уповноважений представник), у
присутності якого (якої) проведено
перевірку

(підпис)

(прізвище, ініціали)

М. П.

**Відмітка про відмову від підписання посадовими та/або уповноваженими
особами суб'єкта господарювання цього Акта перевірки**

{Додаток 8 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1163 від 30.12.2013}