

Декларация соответствия условий труда государственным нормативным требованиям охраны труда

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Салютем»

(наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, подавшего декларацию,
414000, Астраханская область, г. Астрахань, ул. Эспланадная, дом 35/13, литер ББ1;

место нахождения и место осуществления деятельности,

3015107376

идентификационный номер налогоплательщика,

1163025050847

основной государственный регистрационный номер)

заявляет, что на рабочем месте рабочих местах)

55. Врач-анестезиолог-реаниматолог; 1 чел.

(наименование должности, профессии или специальности работника (работников), занятого (занятых) на рабочем месте (рабочих местах),

56. Врач-анестезиолог-реаниматолог; 1 чел.

индивидуальный номер (номера) рабочего места (рабочих мест), численность занятых работников в отношении каждого рабочего места)

по результатам идентификации не выявлены вредные и (или) опасные производственные факторы или условия труда по результатам исследований (испытаний) и измерений вредных и (или) опасных производственных факторов признаны оптимальными или допустимыми, условия труда соответствуют государственным нормативным требованиям охраны труда.

Декларация подана на основании
Заключение эксперта № 452/24-ЗЭ от 28.10.2024;

(реквизиты заключения эксперта организации, проводившей специальную оценку условий труда, и (или) протокола (протоколов) проведения исследований (испытаний) или измерений вредных и (или) опасных производственных факторов

Специальная оценка условий труда проведена

Общество с ограниченной ответственностью «Спектр»;

(наименование организации, проводившей специальную оценку условий труда,

Регистрационный номер - 460

регистрационный номер в реестре организаций, проводящих специальную оценку условий труда)

Дата подачи декларации " 5 " ноября 2024 год

М. П.

(подпись)

Е.М. Сорокина

(инициалы, фамилия)

Сведения о регистрации декларации

(наименование территориального органа Федеральной службы по труду и занятости, зарегистрировавшего декларацию)

М. П.

(дата регистрации)

(регистрационный номер)

(подпись)

(инициалы, фамилия должностного лица территориального органа
Федеральной службы по труду и занятости, зарегистрировавшего декларацию)