

Декларация соответствия условий труда государственным нормативным требованиям охраны труда

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Инфекционная клиническая
больница № 1 имени Далматова Д.М."

(наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, подавшего декларацию).
Юридический адрес: 644010, г. Омск, ул. Лазо, д. 2; Фактический адрес: 644010, г.
Омск, ул. Лазо, д. 2

место нахождения и место осуществления деятельности.

5504039091

идентификационный номер налогоплательщика.

1025500985190

основной государственный регистрационный номер)

заявляет, что на рабочем месте (рабочих местах)

24101001. Архивариус; 1 чел.

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

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. Протоколы № 317416 от 2024-08-22.

(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 «МИ-Транс»

(наименование организации, проводившей специальную оценку условий труда.

Регистрационный номер - 565

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

Дата подачи декларации " 17 " сентябрь 2024 год

М.П.



Толох

(подпись)

Толох Инна Михайловна

(инициалы, фамилия)

Сведения о регистрации декларации

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

17.09.24,

(дата регистрации)

21009

(регистрационный номер)

М.П.

(подпись)

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