

# Декларация соответствия условий труда государственным нормативным требованиям охраны труда

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ЛИНИЯ ЗДОРОВЬЯ"

(наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, подавшего декларацию,  
460050, Оренбургская область, г. Оренбург, ул. Чебеньковская, д. 39, офис 2;

место нахождения и место осуществления деятельности,

5611054231

идентификационный номер налогоплательщика,

1085658001956

основной государственный регистрационный номер)

заявляет, что на рабочем месте (рабочих местах)

1. Директор; 1 чел.

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

2. Главный врач; 1 чел.

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

3. Администратор; 1 чел.

4. Оператор контактного центра; 1 чел.

5. Бухгалтер; 2 чел.

6. Врач-гастроэнтеролог; 1 чел.

7. Врач общей практики; 1 чел.

8. Врач-невролог; 1 чел.

9. Врач-терапевт; 2 чел.

10. Врач-кардиолог; 1 чел.

11. Клинический психолог; 1 чел.

12. Врач-психиатр-нарколог; 3 чел.

13. Врач-психиатр; 1 чел.

14. Старшая медицинская сестра; 1 чел.

15. Медицинская сестра; 4 чел.

16. Уборщица; 1 чел.

не выявлены вредные и (или) опасные производственные факторы, условия труда соответствуют государственным нормативным требованиям охраны труда.

Декларация подана на основании заключения эксперта № 2070 от 10.07.2024

(реквизиты заключения эксперта организации, проводившей специальную оценку условий труда)

Специальная оценка условий труда проведена

Общество с ограниченной ответственностью "Центр медицины труда"

Испытательная лаборатория ООО "ЦМТ" Юридический адрес : 460051, г. Оренбург,  
проезд Газовиков, д. 26, кв. 39; Адрес места осуществления деятельности: 460006,  
г. Оренбург, ул. Советская, 71, пом. 2;

(наименование организации, проводившей специальную оценку условий труда,

Регистрационный номер - 305

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

Дата подачи декларации "чч" месяц год

М.П.

(подпись)

Маннанов Рустам Файзрахманович

(инициалы, фамилия)

Сведения о регистрации декларации

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

(дата регистрации)

(регистрационный номер)

М.П.

---

(подпись)

---

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