


Учредительный документ юридического лица  
 ОГРН 1026400555697 представлен при  
 внесении в ЕГРЮЛ записи от 01.10.2021 за  
 ГРН 2216400509180

 ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
 УСИЛЕННОЙ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ  
 ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

**сведения о сертификате эп**

Сертификат: 28EEAF00AAAD34924836ABA10DAB8A22  
 Владелец: Бокан Ольга Александровна  
 Межрайонная ИФНС России №19 по Саратовской области  
 Действителен: с 21.09.2021 по 21.09.2022



Утверждено приказом Министерства  
 труда и социальной защиты  
 Саратовской области № 1055

15 сентября 2021 года

*Handwritten signature*

**Изменение в Устав  
 Государственного автономного учреждения Саратовской области  
 «Адоевщинский дом-интернат для граждан, имеющих психичес-  
 кие расстройства»**

Старая редакция Устава	Новая редакция Устава
<b>Раздел 1. Общие положения</b>	<b>Раздел 1. Общие положения</b>
<b>Статья 2. Предмет, задачи и виды деятельности Учреждения</b>	<b>Статья 2 Предмет, задачи и виды деятельности Учреждения</b>
<b>п.2.1.</b> Предметом деятельности Учреждения является оказание социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания гражданам пожилого возраста и инвалидам (старше 18 лет), страдающим психическими расстройствами и нуждающимся в постоянном постороннем уходе (далее- получатели социальных услуг).	<b>п.2.1.</b> Предметом деятельности Учреждения является оказание социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания гражданам пожилого возраста и инвалидам (старше 18 лет), страдающим психическими расстройствами и нуждающимся в постоянном постороннем уходе (далее- получатели социальных услуг). Социальные услуги в стационарной форме предоставляются их получателям при постоянном, временном (на срок, определенный индивидуальной программой) или пятидневном (в неделю) круглосуточном проживании в Учреждении.



49b49abc0a854b21818ed2f34d6fa764

Форма № Р50007

**Лист записи  
Единого государственного реестра юридических лиц**

В Единый государственный реестр юридических лиц в отношении юридического лица

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
"АДОЕВЩИНСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ГРАЖДАН, ИМЕЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИЕ  
РАССТРОЙСТВА"**

*полное наименование юридического лица*

основной государственный регистрационный номер (ОГРН)

1 0 2 6 4 0 0 5 5 5 6 9

7

**внесена запись о государственной регистрации изменений, внесенных в учредительный документ юридического лица, и внесении изменений в сведения о юридическом лице, содержащиеся в ЕГРЮЛ**

"01" октября 2021 года  
*число            месяц (прописью)            год*

за государственным регистрационным номером (ГРН)

2 2 1 6 4 0 0 5 0 9 1 8

0

Запись содержит следующие сведения:

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя
1	2	3

**Сведения о заявителях при данном виде регистрации**

1	Вид заявителя	Лицо, действующее от имени юридического лица без доверенности <i>Данные заявителя, физического лица</i>
	Фамилия	МАЛЯСОВ
2	Имя	ВАЛЕРИЙ
	Отчество	АНАТОЛЬЕВИЧ
3	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	640400785130
4	ИНН ФЛ по данным ЕГРН	640400785130

**Сведения о документах, представленных для внесения данной записи в Единый государственный реестр юридических лиц**

5	Наименование документа	1 Р13014 Заявление об изменении учр. документа и/или иных сведений о ЮЛ
6	Документы представлены	в электронном виде
7	Наименование документа	2 Устав ЮЛ
8	Документы представлены	в электронном виде

3

- 9 Наименование документа
- 10 Документы представлены
- 11 Наименование документа
- 12 Документы представлены
- 13 Наименование документа
- 14 Документы представлены
- 15 Наименование документа
- 16 Документы представлены

- Иной докум. в соотв.с законодательством РФ в электронном виде
- 4 Иной докум. в соотв.с законодательством РФ в электронном виде
- 5 Иной докум. в соотв.с законодательством РФ в электронном виде
- 6 Иной докум. в соотв.с законодательством РФ в электронном виде

Межрайонная инспекция Федеральной  
Лист записи выдан налоговым органом налоговой службы № 19 по Саратовской  
области

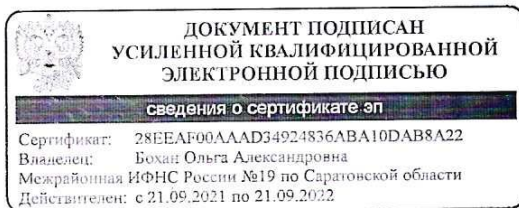
*полное наименование налогового органа*

"01" октября 2021 года  
*число            месяц (прописью)            год*

Заместитель начальника

Бохан Ольга Александровна

*Подпись, Фамилия, инициалы*



*Bohan O.A.*