



МЭРГЭЖЛИЙН ХЯНАЛТЫН ГАЗАР

Утас: _____; E-mail: info@inspection.gov.mn;
Факс: _____; Web: http://www.inspection.gov.mn;

№1.31

МАЛЧИН ӨРХӨД МАЛ
ҮРЖИЛ,МАЛ ЭМНЭЛЭГ, АРИУН
ЦЭВЭР, ХОРИО ЦЭЭРИЙН
МӨРДӨЛТИЙГ ШАЛГАХ

А. ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

Хяналт шалгалт эхэлсэн: 20__он __сар __өдөр, __цаг __мин;

Дууссан: 20__он __сар __өдөр, __цаг __мин;

Хяналт шалгалтын төрөл		Удирдамж	Хяналт шалгалтын бүрэлдэхүүн	
Төлөвлөгөөт Төлөвлөгөөт бус Зөвлөн туслах үйлчилгээ		Дугаар		
Хяналт шалгалтад хамрагдсан аж ахуйн нэгж, иргэн				
Төрөл	Нэр малбүхий өрх	Улсын бүртгэлийн гэрчилгээний No	Регистрийн No	
Эрх бүхий удирдах албан тушаалтан			Хяналтын объект	
Албан тушаал	Овог, нэр	Утас, и-мэйл	Хаяг, байршил	
Хяналт шалгалтад байлцсан албан тушаалтан				
Албан тушаал	Овог, нэр	Утас, и-мэйл		
Үйл ажиллагаа		Хүчин чадал	Үйлдвэрлэдэг бүтээгдэхүүн	
Чиглэл :		Үйл ажиллагаа эрхэлсэн хугацаа	Төслийн хүчин чадал	Нэрс - Худалдан борлуулсан мал - мах - сүү - арьс, шир - ноос - ноолуур - хөөвөр, хялгас
			Одоогийн хүчин чадал	
Ажилтны тоо				
Нийт ажилтан	Үйлдвэрлэлийн үйл ажиллагаанд оролцдог	Малын их, бага эмч, дотоод хяналтын ажилтан	Технологийн ажилтан	
Өмнөх хяналт шалгалтын мэдээ				
Хяналт шалгалтад сүүлийн 12 сарын хугацаанд хэдэн удаа хамрагдсан				
Өмнөх шалгалтаар хүнсний аюулгүй байдлын чиглэлээр илэрч байсан зөрчлүүд				
Өмнөх шалгалтаар авч байсан арга хэмжээ, гүйцэтгэлийн байдал				

Б. ХЯНАЛТ ШАЛГАЛТ ХИЙХ АСУУЛТУУДЫН ЖАГСААЛТ

№	Хууль тогтоомж, дүрэм, журам, стандартын нэр, зүйл, заалт	Асуултууд	Батлагдсан оноо		Авсан оноо		
			Шаардлага хангасан	Шаардлага хангаагүй	Хяналт шалгалт	Гүйцэтгэлийн шалгалт	
Мал эмнэлэг үржлийн ажил үйлчилгээнд хамрагдсан байдал							
1	ÌŃŸÏŎŎ-èéí 14.2.2	Мал эмнэлэг ариун цэвэр, эрүүл ахуйн шаардлага хангасан өөрийн эзэмшлийн байртай /хаваржаа, намаржаа, өвөлжөө г.м/	0	6			
2	ÌŃŸÏŎŎ-èéí 14.2.11	Мал эмнэлгийн ажил үйлчилгээг эрх бүхий байгууллагаар гэрээний дагуу гүйцэтгүүлдэг	0	9			
3	ÌŃŸÏŎŎ-èéí 14.2.2	Мал эмнэлэг, үржлийн ажил үйлчилгээнд тогтоосон хугацаанд мал, амьтнаа бүрэн хамруулдаг.	0	9			
4	МУСЭМХТХ-ийн 14.1.2, "Бруцеллөз, сүрьеэ өвчнөөс тайван сүрэгтэнг баталгаажуулах, зарлах" журмын 2.1.3, 2.1.5, 2.2.1., 2.2.2, 2.2.3	Малын эрүүл мэндийн өрхийн дэвтэртэй, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээнд хамрагдсан тухай тэмдэглүүлж баталгаажуулсан	0	15			
5		Нийт сүрэг сүрьеэ, бруцеллөз, боом, ям, дэлэнгийн үрэвсэл, эндопаразит өвчний тандалт шинжилгээгээр эрүүл болох нь толгой дараалан батлагдсан	0	3			
6		Нийт сүрэг сүрьеэ, бруцеллөз, боом, ям, дэлэнгийн үрэвсэл, эндопаразит өвчний аль нэг сүүлийн нэг жилийн хугацаанд оношлогдсон	0	9			
7		Сүрэгт гаднаас мал, амьтныг гарал үүслийн гэрчилгээтэй нийлүүлсэн, мал эмнэлгийн харьяа байгууллагад мэдээлдэг	0	3			
8		Сууриас мал, амьтан гадагш шилжилт хөдөлгөөн хийхэд харьяа мал эмнэлгийн нэгжээс гарал үүсэл-эрүүл мэндийн гэрчилгээ авдаг.	0	9			
9		Зах зээлд нийлүүлэх мал, амьтны гаралтай түүхий эд, бүтээгдэхүүнд мал эмнэлэг, ариун цэвэр-гарал үүслийн гэрчилгээ тогтмол авдаг	0	6			
10		ÌŃŸÏŎŎ-èéí 14.1.5	Малд халдварт өвчний шинж тэмдэг илэрсэн, гэнэт олноор хорогдсон тохиолдолд орон нутгийн үйлчилгээний нэгж, баг, хорооны удирдлагад 12 цагийн дотор мэдэгддэг	0	9		

В. ХЯНАЛТ ШАЛГАЛТААР АВСАН АРГА ХЭМЖЭЭ, БИЕЛЭЛТ

Оноо	Үнэлгээ	Тухайн аж ахуйн нэгж, байгууллагад авах арга хэмжээ		Биелэлт
		авах арга хэмжээ	тоон үзүүлэлт	
		а/ Акт •Үйл ажиллагааг бүр зогсоосон •Тур зогсоосон •Сэргээсэн •Нөхөн төлбөр тогтоосон •Шинжилгээний дээж авсан •Устгасан •Хураасан б/ Албан шаардлага •Заалтын тоо в/ Дүгнэлт •Үйл ажиллагааны •Ажлын байрны •Бүтээгдэхүүний г/Улсын орлого болгосон эд зүйлс /төгрөг, ш, л, кг.../ д/Нөхөн төлбөр е/Торгууль, шийтгэвэр •Албан тушаалтанд тоо/мөнгөн дүн •Иргэнд тоо/мөнгөн дүн •Байгууллагад тоо/мөнгөн дүн		
БАТАЛГААЖУУЛАЛТ				
	Улсын байцаагчийн албан тушаал			Хүлээн зөвшөөрсөн: Аж ахуйн нэгж, байгууллагын эрх бүхий албан тушаалтан
	_____	_____		_____
	/ овог, нэр/	/ овог, нэр/		/ овог, нэр/
	_____	_____		_____
	/ гарын үсэг, тэмдэг/	/ гарын үсэг, тэмдэг/		/ гарын үсэг, тамга/

Тайлбар:

Г. ГҮЙЦЭТГЭЛИЙН ШАЛГАЛТААР АВСАН АРГА ХЭМЖЭЭ, БИЕЛЭЛТ

Хяналт шалгалт эхэлсэн: 20__он __ сар __ өдөр, __ цаг __ мин;

Дууссан: 20__он __ сар __ өдөр, __ цаг __ мин;

Оноо	Үнэлгээ	Тухайн аж ахуйн нэгж, байгууллагад авах арга хэмжээ		Биелэлт
		авах арга хэмжээ	тоон үзүүлэлт	
БАТАЛГААЖУУЛАЛТ				
	Улсын байцаагчийн албан тушаал			Хүлээн зөвшөөрсөн: Аж ахуйн нэгж, байгууллагын эрх бүхий албан тушаалтан
	_____	_____		_____
	/ овог, нэр/	/ овог, нэр/		/ овог, нэр/
	_____	_____		_____
	/ гарын үсэг, тэмдэг/	/ гарын үсэг, тэмдэг/		/ гарын үсэг, тамга/