Приложение №3

УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ф.и.о. руководителя федерального

органа исполнительной власти

(уполномоченного им лица),

или руководителя органа

исполнительной власти субъекта

Российской Федерации,

или руководителя органа

местного самоуправления)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата)

ПЛАН

по устранению недостатков, выявленных в ходе

независимой оценки качества условий оказания услуг

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации)

на 2025 год

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Недостатки, выявленные в ходе независимой оценки качества условий оказания услуг организацией | Наименование мероприятия по устранению недостатков, выявленных в ходе независимой оценки качества условий оказания услуг организацией | Плановый срок реализации мероприятия | Ответственный исполнитель (с указанием фамилии, имени, отчества и должности) | Сведения о ходе реализации мероприятия | |
| реализованные меры по устранению выявленных недостатков | фактический срок реализации |
|  |  |  |  |  |  |
| I. Открытость и доступность информации об организации или о федеральном учреждении медико-социальной экспертизы | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| II. Комфортность условий предоставления услуг | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| III. Доступность услуг для инвалидов | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| IV. Доброжелательность, вежливость работников организации или федерального учреждения медико-социальной экспертизы | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| V. Удовлетворенность условиями оказания услуг | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |