

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NS.HDMO.294.2017

Zielona Góra, dnia 06.07.2017r.
(miejsowość i data)

Przeprowadzonej przez Patrycję Miszon młodszego asystenta sekcji HDMO z upoważnienia nr 610 i 2267/17 - przewodniczącego zespołu kontrolującego oraz Ewelinę Wyczawską młodszego asystenta sekcji PZ z upoważnienia nr 601 i 2268/2017 - członka zespołu kontrolującego

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zielonej Górze

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1412), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 23).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany:

Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej SPZOZ „Promyk”

ul. B. Głowackiego 8A

65-301 Zielona Góra

tel. 68 453 62 82

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Półkolonie dla dzieci organizowane w Zespole Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej SPZOZ „Promyk”

ul. B. Głowackiego 8A

65-301 Zielona Góra

tel. 68 453 62 82

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Pani Magdalena Biniszkiwicz – Dyrektor Zespołu Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej SPZOZ „Promyk”

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

ul. B. Głowackiego 8A

65-301 Zielona Góra

tel. 68 453 62 82

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP **929 16 59 411** /REGON **971285918** /PKD – odpowiednio

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Agnieszka Burnos – kierownik półkolonii

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*: **Nie dotyczy.**

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Pani Magdalena Biniszkiwicz – Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **06.07.2017 r., godz. 13:40**

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: **28.06.2017 r.**

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **Nie dotyczy.**

4. Data i godzina zakończenia kontroli: **06.07.2017 r., godz. 14:50.**

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: **Nie dotyczy.**

