

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NS.HDMO.325.2018

Zielona Góra, 05 lipiec 2018r.
(miejsowość i data)

**Przeprowadzonej przez Urszulę Czarną-Al-Shaick, sekcja HDMO z upoważnienia nr 635 i nr 1787-
przewodniczący zespołu kontrolującego oraz Joannę Adamczyk, sekcja PZ z upoważnienia nr 674
i nr 1788- członek 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 2017r. poz. 1261 ze zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy
z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2017r. poz. 1257 ze zm).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

**Wypoczynek letni dla dzieci zorganizowany przez
Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Promyk Sp. z o. o.
ul. Głowackiego 8 A
65-301 Zielona Góra
Tel. 68/4536282**

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

**Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Promyk Sp. z o. o.
ul. Głowackiego 8 A
65-301 Zielona Góra
Tel. 68/4536282**

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

**Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Promyk Sp. z o. o.
ul. Głowackiego 8 A
65-301 Zielona Góra, tel. 68/4536282**

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

4. NIP 9291659411 /REGON 971285918/PKD – odpowiednio

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Magdalena Biniszkiwicz- Dyrektor placówki

(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* **Nie dotyczy.**

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **05.07.2018r., godz.10:20**2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: **25.06.2018r.**3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **Nie dotyczy.**4. Data i godzina zakończenia kontroli: **05.07.2018r., godz. 11:10**5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: **Nie dotyczy.**

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

- **Ocena stanu sanitarnego obiektu i otoczenia- przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące higieny wypoczynku i rekreacji.**

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: **Nie dotyczy.**

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

