

**POWIATOWA STACJA  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA**  
ul. Jaśna 10, tel. 325 46 71  
65-470 **ZIELONA GÓRA**  
NIP 929-16-06-002, Reg. 97077594

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NS-HDMO.398.2018**

**Zielona Góra, dnia 9 sierpnia 2018 r.**  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

**Kingę Paczyńską, Sekcja HDMO, numer upoważnienia 654 – przewodniczący zespołu kontrolującego i Agnieszkę Ganczar, kierownik sekcji HDMO z upoważnienia nr 673 – 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 2017 r. 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 (Dz. U. z 2017 r. 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 ZOZ  
ul. B. Głowackiego 8A  
65-301 Zielona Góra**  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

**2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu**

**Wypoczynek letni dla dzieci zorganizowany na terenie:  
Zespołu Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Promyk SP ZOZ  
ul. B. Głowackiego 8A  
65-301 Zielona Góra**  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

**3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań**

**Organizator wypoczynku :  
Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Promyk SP ZOZ  
ul. B. Głowackiego 8A  
65-301 Zielona Góra**  
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

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

**4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP –9291659411; Regon - 971285918**

**5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**

**Pani Magdalena Biniszkiewicz– 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\***

**Maria Skrzypczak – kierownik wypoczynku**

