

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr EP/16/17/16

Pragów, dnia 21.04.2016r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

Elżbietę Chęczyńską - asystenta, nr up. 75
Chromiakę, Elżbietę - mi. asystenta, nr up. 13
Endziolę, Szymon - starszy, nr up. 18
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez: Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Łodzi,
ul. Przybyszewskiego 10

(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 (Dz. U. z 2015 r. poz. 1412) w związku z 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:

Gminne Przychodnia Zdrowia w Pragowie
95-030 Pragów, ul. Ogrodowa 11a
tel: 42 214 11 72 / fax: 42 214 12 54
e-mail: gpxwmgowe@poczta.onet.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Gminne Przychodnia Zdrowia w Pragowie
95-030 Pragów, ul. Ogrodowa 11a
tel: 42 214 11 72 / fax: 42 214 12 54
e-mail: gpxwmgowe@poczta.onet.pl
- podmiot leczniczy

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina Pragów
95-030 Pragów pl. 500-lecia 22
tel: 214 12 10
e-mail: sekretariat@ragow.pl

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 728-23-52-913/472355200/86212

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Elżbieta Solnica - kierownik przychodni
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

p. Młota Majer - pielęgniarka, up. do kontroli
(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)