

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr EP.16/7/17

Łódź, dn: 09.08.2017r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez:

Elżbietę Mieczysławską - asystenta, nr up. 75
Agnieszkę Chmielewską - mi. asystenta, nr up. 13

(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 Brzozowie
95-030 Brzozów ul. Ogrodowa 11a
tel: 42 214 12 42 fax: 42 214 12 54
e-mail: gpxwbrzozowie@poczta.onet.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Gminne Przychodnia Zdrowia w Brzozowie
95-030 Brzozów ul. Ogrodowa 11a
tel: 42 214 12 42 fax: 42 214 12 54
e-mail: gpxwbrzozowie@poczta.onet.pl
- podmiot leczniczy

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gminne Brzozów
95-030 Brzozów Pl. 500-lecia 22
tel: 42 214 12 10
e-mail: sekretariat@magow.pl

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

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 728-23-52-913/472355200/86.212

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Elżbieta Solnica - kierownik przychodni

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

p. Jolanta 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)