

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.4020.4.16.2022

Nowe Miasto Lubawskie, 12.05.2022 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: **Joannę Rumińską, asystenta oddziału nadzoru, higieny komunalnej, nr upoważnienia: PPIS.0490.2.2021**
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez:
Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Nowym Mieście Lubawskim
(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 2021 r. poz. 195) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 §1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 735).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej, Nowe Grodziczno 14B, 13-324 Grodziczno
tel. 56 4729114, grodziczno@op.pl, dps_grodziczno@op.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/pocztą elektroniczną)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej, Nowe Grodziczno 14B, 13-324 Grodziczno
tel. 56 4729114, grodziczno@op.pl, dps_grodziczno@op.pl (pełna nazwa/adres/telefon/faks/pocztą elektroniczną/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))
Organem założycielskim jest: Powiat Nowomiejski, ul. Rynek 1, 13-300 Nowe Miasto Lubawskie, tel. 56 4724220, fax 56 4724222, sekretariat@powiat-nowomiejski.pl
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/pocztą elektroniczną))

4. NIP 8771418440 REGON 519638554 PKD -

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Marzena Przybylska – Dyrektor DPS
(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*

Iwona Gawńska – Kierownik Działu Medyczno-Opiekuńczo-Terapeutycznego
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)