

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.....

**KIEROWNIK DZIAŁU  
MEDYCZNO-OPIEKUNCO-TERAPEUTYCZNEGO**

*Gawińska*  
**Iwona Gawińska**

**DOM POMOCY SPOŁECZNEJ**

Nowe Grodziczno 14B  
13-324 Grodziczno  
tel. 0-56 / 47 291 14

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

**Kierownik  
Oddziału Nadzoru PSSE  
w Nowym Mieście Lubawskim**  
*mgr inż. Dagmara Figurska-Ławicka*

**Asystent  
Oddziału Nadzoru PSSE  
w Nowym Mieście Lubawskim**  
*mgr Joanna Rumińska*

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 03.08.2022 r.

**KIEROWNIK DZIAŁU  
MEDYCZNO-OPIEKUNCO-TERAPEUTYCZNEGO**

*Gawińska*  
**Iwona Gawińska**

**DOM POMOCY SPOŁECZNEJ**

Nowe Grodziczno 14B  
13-324 Grodziczno  
tel. 0-56 / 47 291 14

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

**POUCZENIE:** W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego. Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli. Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić