

WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE

.....  
(nazwa podmiotu uprawnionego do kontroli)

.....  
(miejsowość, data)

**UPOWAŻNIENIE NR ....**

Na podstawie art. 121 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.) w związku z § 6 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1331)

**upoważniam Panią/Pana**

.....  
(imię i nazwisko oraz numer legitymacji służbowej lub rodzaj i numer innego dokumentu tożsamości)

**do dokonania kontroli** .....  
(zakres kontroli)

**w terminie** od dnia ..... do dnia .....

**w** .....  
(nazwa oraz adres jednostki kontrolowanej)

Upoważnienie niniejsze ważne jest za okazaniem legitymacji służbowej lub innego dokumentu pozwalającego na ustalenie tożsamości kontrolującego.  
Okres ważności upoważnienia upływa z ostatnim dniem przewidywanego terminu zakończenia kontroli.

.....  
(podpis osoby udzielającej upoważnienia z podaniem zajmowanego stanowiska lub funkcji)

Okres ważności upoważnienia przedłuża się do dnia .....

.....  
(data i podpis osoby przedłużającej upoważnienie z podaniem zajmowanego stanowiska lub funkcji)

Pouczenie:

Poucza się, iż prawa i obowiązki jednostki kontrolowanej wynikają z art. 121 ust. 3 i art. 122 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. 2015 r., poz. 1331).

Kontrola planowa na rok ..... / kontrola doraźna, sprawdzająca, uzupełniająca\*.

\* Niepotrzebne skreślić