

Pomorski
Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny
80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 4
Tel. 58 344 73 00

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr SE.NS-30.9022.4721.5.2012.AK

Lubuczewo, 23.01.2012r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Annę Krzymińską – młodszego asystenta, nr upoważnienia 32/2012
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego
Inspektora Sanitarnego

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 2006 r. Nr 122, poz. 851 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz. 1071, z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Dom Pomocy Społecznej w Lubuczewie, Lubuczewo 29A, 76-200 Słupsk, tel./faks 59/ 846-26-30

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Pani Marianna Konecka - Dyrektor DPS-u
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

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

I.3. NIP 839-27-52-028 REGON 771477825 PESEL -

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

Pani Marianna Konecka - Dyrektor

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)

Pani Monika Bill - kierownik działu

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):

Pani Beata Szyko - kierownik działu

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 23.01.2012r. godzina 10:20

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola stanu sanitarno-higienicznego DPS-u oraz realizacja ustawy z dnia 09.11.1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

1. Wobec kontrolowanego obiektu nie toczy się żadne postępowanie administracyjne ani egzekucyjne

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

Nie dotyczy

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*:

Nie dotyczy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

Nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

1. Umowa nr 3/2012 z dnia 02.01.2012 z N202 MEDICUS ul. Piłsudskiego 16 B 76-200 Sępólno, na odbiór i utylizację odpadów medycznych
2. Umowa nr 1268/2012 z dnia 02.01.2012 r. z Przedsiębiorstwem Gospodarki Komunalnej Spółka z o.o. ul. Szafrankowska 112, na usunięcie odpadów komunalnych
3. Dokumentacja zdrowotna pracowników

IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*:

nie dotyczy

nie dotyczy

KIEROWNIK DZIAŁU

mgr Monika Bill


mgr Monika Bill

..... (imię i nazwisko, stanowisko)
..... w wysokości..... na podstawie art.
(nr mandatu karnego) (podstawa prawna)

(podať: numer strany protokolu, označenia lub vyrazy bladne i te, ktoré ie zastupia)

A large, handwritten uppercase letter 'Z' is shown on primary ruled lines. The letter is formed with three strokes: a diagonal downstroke from the top line to the middle dashed line, a horizontal rightward stroke along the middle dashed line, and a diagonal upward stroke from the middle dashed line to the bottom line, which then curves into a horizontal rightward stroke along the bottom line.

Data i godz. zakończenia kontroli: 23.01.2012r. godz. 11:20...

Łączny czas kontroli: 1 godzina

KIEROWNIK DZIAŁU

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ

w LUBUCZEWIE

LUBUCZEWO 29 A, 76-200 SŁUPSK

tel./fax 59 846 26 30

mgr Monika Bill

(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

[Podpis]
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Młodszy Asystent

mgr Anna Kozymińska

(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 23.01.2012r.

[Podpis]
(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

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

** - właściwie zakreślić