

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr OTK. 9022.5.12.2015-DS

Lubusko, 13.04.2015r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Danutę Szadurską-Chwojnicką, starszy asystent, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych 48/2015 owr Aline Sitakowską, k. asystent, nr up. 15/2015 pracownika upoważnionego 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 2011 r. Nr 212, poz. 1263 t.j. 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 t.j. z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

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

Dom Pomocy Społecznej w Lubusku, Lubusko 29A, 76-200 Słupsk
tel (59) 846-26-30

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

Pani Monika Bill - dyrektor

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

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

I.3. NIP 592-15-56-077

REGON 000297858

PESEL nr 00000000000000000000

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

Pani Monika Bill - dyrektor

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

Pani Dorothea Dera - kierownik Działu Opiekunów i Terapeutów

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

Pani Teresa Szmydt - starsza pielęgniarka

Pan Robert Szycło - kierownik Działu Administracyjno - Technicznego

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 13-04-2015r. godz. 10⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola samobrzem i zakresu
stanu sanitarno - higienicznego, realnego wykonania o ochronie
zdrojowej przed rozpoczęciem i wykonaniem 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 administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

brak uwag

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

20/AS-15 / 21/AS-15

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

nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

1. Umowa Nr 8/2015 z dnia 02-01-2015r. z Zakładem Dozoru Sanitarnego, Dozoru Sanitarnego w Olsztynie, ul. Główna 18, 76-200 Słupsk - uchwała DPO
2. Umowa nr 9/2015 z dnia 02-01-2015r. z N20 Medicus, ul. Piłsudskiego 76-200 Słupsk - nie odbioru i wykroczeń odepłat medycznych
3. Umowa Nr 1264/2015 z dnia 13-01-2015 z Przedsiębiorstwem Gospodarki Komunalnej Sp. z o.o. ul. Ścieżna 112 76-200 Słupsk - u. sprawa: gospodarczo odepłat
4. Księgi rachunkowe - aktualne

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

nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

[Signature]

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. ... nie nałożono/ nałożono**
mandat karny na

(imię i nazwisko, stanowisko)

..... w wysokości..... na podstawie art.
(nr mandatu karnego) (podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania.**

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

Dokonano/nie dokonano** wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli**

Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej **

[Signature]

Data i godz. zakończenia kontroli: 13.05.2015 r. 12:15

Łączny czas kontroli: 2h 15min

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Lubuczewie

mgr Monika Bill
(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
w LUBUCZEWIE

LUBUCZEWO 29 A, 76-200 SŁUPSK
tel./fax 59 846 26 30
Regon 771477825, NIP 839-27-52-028

Den
Szymon Bieda
Iwona Samyda

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Danka Siedliska-Chojnacka, Chojnacka

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Lubuczewie

13.04.2015 r.

mgr Monika Bill
(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