

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr SE NS-80.9022.47M.13.2014.AM

duburzewo, 09.04.2014r

przeprowadzonej przez Anne Kmyński - młodszego asystenta, w upoważnieniu  
28/2014, Magdaleny Słodkiewicz - młodszego asystenta, w upoważnieniu  
35/2014.

Z

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 2011r. Nr 212, poz. 1263, 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 duburzewie, duburzewo 29A,  
76-200 Stupsk, tel. 59/ 846-26-30

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

Starosta Pomorski w Stupsku, ul. Słowackiego 14,  
76-200 Stupsk

(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** 889-27-52-028 **REGON** 741477825

**PESEL** \_\_\_\_\_

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

Pani Monianne Kowicka - Dyrektor

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

Pani Monika Bill - Kierownik Działu Opiekuńczo Terapeutycznego

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

Pan Radosław Szycko - Kierownik Działu Administracyjno Gospodarczego

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

**II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** 09.04.2014r. 10:40

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** stan sanitarno - higieniczny obiektu oraz  
umykania wodociągowego z poborem próbek wody i kontrole realizacji  
ustawy z dnia 10.11.1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami  
używania tytoniu i innych substancji 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.):

Z



**III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*:**

*Spręż do poboru próbek wody*

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

*17/MS-14, 18/MS-14*

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

*nie dotyczy*

**III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:**

1. Dokumentację lekarsko mechaniczną stwierdzającą zdolność do pracy pracowników DPS-u
2. Umowa nr 11/2014 z dnia 02.01.2014r. z NZOZ MEDICUS ul. Piłsudskiego 16B, 76-200 Słupsk na odbiór i utylizację odpadów medycznych
3. Umowa nr 9/2014 z dnia 02.01.2014r. z Zakładem Dermatologii, Dermatologii i Dermatologii, ul. Gdylska 18, 76-200 Słupsk
4. Umowa nr 12.64/2014 z dnia 01.01.2014r. z Przedsiębiorstwem Gospodarki Komunalnej Sp. z o.o., ul. Szarynka 112, 76-200 Słupsk w zakresie wywazu odpadów komunalnych zmieszanych
5. Pozwolenie wodno-geologiczne nr SR II 6223-70/10 z dnia 29.09.2010r. wydane przez Starostwo Powiatowe w Słupsku

*[Signature]*

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

*nie dotyczy*

*[Signature]*



we do cry

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

527060 2405644

.....KIEROWNIK DZIAŁU

mgr Monika Bil

(imie i nazwisko, stanowisko)

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

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

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

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

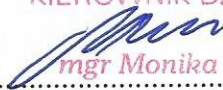
**~~Dokonano~~/nie dokonano\*\*** wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli\*\*

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

Data i godz. zakończenia kontroli: 09.04.2014 12:00

Łączny czas kontroli: 1 godz. 20 minut

KIEROWNIK DZIAŁU


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

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ  
W LUBUCZEWIE  
LUBUCZEWO 29A, 76-200 SŁUPSK  
tel./fax 059 846-26-30  
Regon 771477825 NIP 639-27-62 029

Młodszy Asystent

  
mgr inż. Ewa Sieradzan

Młodszy Asystent

  
mgr Anna Krzywińska

  
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

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

## POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 09.04.2014.....

DYREKTOR

  
mgr Marianna Kawiecka

(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”

\*\* - właściwe zakreślić