

2

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP.11.2016.DS Słupsk 15.04.2016
(Miejscowość i data)
przeprowadzonej przez Dariusz Buczarski - adiunkt
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
upoważnienie nr 06/16
..... pracownika (-ów)
upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Słupsku
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 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 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 „Księża Ojca”
76-200 Słupsk ul. Leipa 8

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

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

Harald Reichel w Słupsku, Karłowicza
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

I.3. NIP 839 11 02 690 REGON 204005296 PESEL -

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

Harald Reichel - dyrektor

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

Harald Reichel - dyrektor, Stefan Sidorowicz -
admi. zast. dyrektora

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

nie było

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 15.04.2016 godz. 12¹⁵

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: w zakresie dokonania analizy epidemiologicznej, przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne warunków higieniczno-sanitarnych, jakie powinny spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia w których udzielane są świadczenia zdrowotne

Kontrola z zakresu zgodności
epidemiologicznej oraz z obszaru na dot. FHP

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 podmiotu nie
dotyczy się aktualnie postępowania
administracyjno-egzekucyjnego

2. Dotyczy stan sanitarny - pomieszczenia
gabinetu radiologicznego, sala radiologiczna
gabinet radiologiczny, utarczki

- ### III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

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

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

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- F1/PT/01 wvd. 2 z dn. 02.11.2011r.

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

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

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

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

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

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 **

Data i godz. zakończenia kontroli: 15.04.2016 r. godz.

Łączny czas kontroli:

DYREKTOR

[Podpis]
(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Lukasz Sadowski
KIEROWNIK DZIAŁU
Administracyjno-Technicznego
DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
"LEŚNA OAZA"
76-200 SŁUPSK, UL. Leśna 8
tel. 59 842 72 09, fax 59 841 88 51
REGON 001005206, NIP 839-22-08-690

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

[Podpis]
(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 15.04.2016

Lukasz Sadowski
KIEROWNIK DZIAŁU
Administracyjno-Technicznego

(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