

POWIATOWA STACJA
Sanitarно-Epidemiologiczna
Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej
fax 059/ 843 81 55, tel. 059/ 843 12
Reg. 000300268, NIP 839-185-42-1.

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr. 14. HK 15

Ślupsk, 21.10.2014
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Melchiora Szepietnickiego - HK i Anielę Gucik - HK
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora w Ślupsku.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1261 ze zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1257)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej „Lesna Oaza”, ul. Lesna 8
46-200 Ślupsk, tel. 59 862 98 70

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej „Lesna Oaza”, ul. Lesna 8
46-200 Ślupsk, tel. 59 862 98 70

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

P. Wanda Perchel - dyrektor

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

ul. Brzozowa 23 i 46-251 Hrybowluza

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 839 22 08 690 i 00 100 52 06

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

P. Wanda Perchel - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

P. Wanda Perchel - dyrektor - upoważnienie nr 23/2155/2014 Proszę o
inicjał stłuska z dnia 21.10.2014

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

P. Krzysztof Szepietnicki - kierownik oddziału - p.p.
P. Maria Dominika - kierownik Działu
Opiekunów - Terapeutycznego

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli... 24.04.2018r. godz. 12:00
25.04.2018r. godz. 12:00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
...nie dotyczy...
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: przedmiot nie podlega ustanowi
4. Data i godzina zakończenia kontroli... 24.04.2018r. godz. 14:30
25.04.2018r. godz. 12:00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*... 20 min.
6. Zakres przedmiotowy kontroli
...utrzymanie czystości i porządku przy świadczeniu usług w obiektach użyteczności publicznej.
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
...nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
- nr i nazwa protokołu/ów*
...nie dotyczy
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* ...nie dotyczy
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
...nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
1. Umowa zawarta z dnia 01.01.2018r. pomiędzy Miastem Słupsk Pl. c. Zgrybskie z reprezentantami przez panie Wandę Perchel Dyktetona Dorotą Pomocny Spółdzielni "Leśna Oaza" ul. Leśna 21, 16-200 Słupsk na udzielenie Przewodniczącego Miasta Słupsk Roberta Biedrona z siedzibą w Słupsku przy ul. Dąbrowskiego 12a i Dentyngi (z siedzibą w Słupsku ul. Dąbrowskiego 12a) w sprawie DOD.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
...nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr... nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
1. Stan formalno-prawny nie uległ zmianie.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego
1. Kontrolowany obiekt mieści się w budynku piętrowym, przeznaczonym do celów mieszkalnych.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

- [illegible]

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

4. Dorażne zalecenia, uwagi i wnioski*

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/~~nie naniesiono~~*

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit. Q nie nałożono/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na

A. Maria Domanińska-Krawiec Pracownica Opiekun Temperatura
(imię i nazwisko/stanowisko) Kontrolowany Obiekt

(podstawa prawna) art. 50 pkt 2 ustawy z dnia 5 sierpnia 2002 r. o zapobieganiu
rozprzestrzenianiu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 151)

5. Upoważnienie do nakładania grzywny w drodze mandatu karnego nr. 17.01.2018 z dnia 17.01.2018 wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Stupku
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

7
(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się **

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

M. Domanińska-Krawiec Krawiec Lukasz Sadawski
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli) Pracownik Działu
Adresat Amelia Opiekun Administracyjno-Technicznego
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 25.04.2018 DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
M. Domanińska-Krawiec Krawiec "LESNA OAZA"
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu) Opiekun
tel. 59 842 72 09, fax 59 841 88 51
REGON 001005206, NIP 839-22-08-690

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**
(nazwa/nr)

POUCZENIE: W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

