

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr OHK.9022.5.31.2015.LMŻ

Pelplin, 12.11.2015r.

Przeprowadzonej przez Lucynę Matela-Żołnowską starszego asystenta, nr upoważnienia 46/2015 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, 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 ul. Szpitalna 2, 83-130 Pelplin, tel. 58/ 536 12 18

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

Starostwo Powiatowe w Tczewie, ul. Piaskowa 2, 83-110 Tczew

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

**I.3. NIP 593 17 34 103 REGON 000296093 PESEL nie dotyczy**

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

Pan Rufin Wysocki – Dyrektor

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

Pani Magdalena Grenc – Główny Administrator

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

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

**II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** 12.11.2015r. godzina 10:00

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** kontrola stanu sanitarno-higienicznego obiektu, realizacja ustawy z dnia 9 listopada 1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 1996, Nr 10, poz. 55 z późn. zm.)

### 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.):* skontrolowano pokoje mieszkańców z węzłami sanitarnymi, węzły sanitarne ogólnodostępne (parter, I i II piętro) pomieszczenia porządkowe (składziki), magazyn środków czystości, magazyn bielizny i pościeli, pomieszczenie pralni, dyżurkę pielęgniarek-postępowanie z odpadami medycznymi, magazyn odpadów medycznych.

**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 o wywóz, utylizację oraz unieszkodliwianie odpadów medycznych z dnia 02.01.2014r. niebezpiecznych z Przedsiębiorstwo Usług Komunalnych STARKOM – sp. z o.o.. 83-200 Starogard Gdański
2. Protokół z wykonania dezynfekcji w dniu 11.02.2015r. – wykonał Zakład DDD Grażyna Stopa, ul. Juranda ze Spychowa 17/ 17/ 15, 83-200 Starogard Gdański
3. Umowa Nr 6856 o wywóz odpadów stałych w kontenerach z dnia 02.01.204r. - Przedsiębiorstwo Usług Komunalnych STARKOM – sp. z o.o., 83-200 Starogard Gdański

---

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

**V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu\* nie dotyczy**

---

**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. IV nie nałożono/nałożono\*\***

---

**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: 12.11.2015r.,  
godz. 12:30**

**Łączny czas kontroli: 2 godz 30 min.**

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ  
83-130 PELPLIN  
ul. Szpitalna 2  
Tel./fax 58-536-12-18, 58-536-39-43  
NIP 593-17-34-103 REGON 000296093

Z upoważnienia Dyrektora  
Główny Administrator

*Magdalena Grenc*

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

Z upoważnienia Dyrektora  
Główny Administrator

*Magdalena Grenc*

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Starszy asystent  
*Lucyna Matela-Żołnowska*  
mgr Lucyna Matela-Żołnowska

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

### POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałam(-em) w dniu 12.11.2015r.

Z upoważnienia Dyrektora  
Główny Administrator

*Magdalena Grenc*

(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