

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 59/1207/NS/HK/17

Gliwice, 17.02.2017r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

*Agatę Wiśniewską, st. asystent NS/HK, nr upoważnienia SSP/0131/52/17,*

*(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)*

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego  
w Gliwicach

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 2015 r. poz. 1412 ze zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 KPA.

---

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

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

*Dom Pomocy Społecznej NASZ DOM*

*ul. Derkacza 10,*

*44-100 Gliwice*

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

*Dom Pomocy Społecznej NASZ DOM*

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

*ul. Derkacza 10,*

*44-100 Gliwice*

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

**I.3. NIP 631-13-33-244 REGON 0006665254 PESEL.....-.....**

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

*mgr Rafał Marek - Dyrektor*

---

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

*Justyna Kwiatkowska – Kierownik Działu ds. Administracji i Kadr*

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

*.....nie dotyczy.....*

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

**II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** *17.02.2017r. godz. 14:30*

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:**

*kontrola doraźna w zakresie spełnienia wymagań jakości wody ciepłej (Legionella sp.).*

---

**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.)

*Dom Pomocy Społecznej NASZ DOM przy ul. Derkacza 10 w Gliwicach jest jednostką organizacyjną Miasta Gliwice zgodnie z Uchwałą Rady Miejskiej w Gliwicach nr IV/27/2011 z dnia 03.02.2011r.*

*Przeprowadzona kontrola doraźna na podstawie wyników badań próbek wody ciepłej pobranych dnia 02.02.2017r. (Sprawozdanie z badań nr L/BŚ-1/20/17 z dnia 13.02.2017r. Oddział Laboratoryjny Sekcja Badań Środowiskowych Powiatowej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Gliwicach) wykazała zgodność wartości parametru mikrobiologicznego (*Legionella sp.*) z wymaganiami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. z 2015 poz. 1989) w punktach poboru:*

- punkt najbliższy – kran w pokoju nr 30 (parter) – 4 [1;11]jtk/100ml,
- punkt pośredni – kran w łazience nr 15 dla mieszkańców (parter) - 0 jtk/100ml,
- punkt pośredni – kran w łazience dla mieszkańców nr 58 (I piętro) - 4 [1;11]jtk/100ml,
- punkt najdalszy – kran w łazience nr 204 (II piętro) – 2 [0;9]jtk/100ml.

**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:**

*Sprawozdanie z badań nr L/BŚ-1/20/17 z dnia 13.02.2017r. Oddział Laboratoryjny Sekcja Badań Środowiskowych Powiatowej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Gliwicach*

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

.....

**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. .-. 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 \*\* .....

.....-.....  
 .....-.....  
 .....

Data i godz. zakończenia kontroli: 17.02.2017r. godz. 15:30

Łączny czas kontroli: 1h

Dom Pomocy Społecznej  
"NASZ DOM"z up. DYREKTORA  
Domu Pomocy Społecznej  
"NASZ DOM"

44-100 Gliwice, ul. Derkacza 10

Nr identyfikatora 000665254

tel. 32 232-26-46 (centrala), Fax: 32 232-19-60..... mgr Justyna Kwiatkowska

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

Sekcja Higieny Komunalnej  
Starszy Asystent  
mgr Agata Wisniewska.....  
(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 ... 17.02.2017r. ....

Dom Pomocy Społecznej  
"NASZ DOM"z up. DYREKTORA  
Domu Pomocy Społecznej  
"NASZ DOM"

44-100 Gliwice, ul. Derkacza 10

Nr identyfikatora 000665254.....

mgr Justyna Kwiatkowska...  
tel. 32 232-26-46 (centrala), Fax: 32 232-19-60.....

(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