

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 625/NS/HK/2023

Gliwice, 11.09.2023 r.  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Joannę Walczyk, Sekcja Higieny Komunalnej, nr upoważnienia SSP/057/61/23  
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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 2023 r., poz. 338) w związku z art. 67 §1 oraz 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r., poz. 775 ze zm.)

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

#### 1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej „NASZ DOM”  
ul. Derkacza 10  
44-100 Gliwice  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej „NASZ DOM”  
ul. Derkacza 10  
44-100 Gliwice  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

#### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej „NASZ DOM”  
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))  
ul. Derkacza 10  
44-100 Gliwice  
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników)/telefon/faks/poczta elektroniczna))

#### 4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 6311333244 / 000665254 / 8730Z

#### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Rafał Marek – Dyrektor, obecny podczas kontroli  
(imię i nazwisko/stanowisko)

#### 6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

..... nie dotyczy .....

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

#### 7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

..... nie dotyczy .....

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 11.09.2023 r. godz. 11<sup>30</sup>
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* .....nie dotyczy.....
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: art. 48 ust. 11 pkt 4 Ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2023 r., poz. 221 ze zm.).
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 11.09.2023 r. godz. 12<sup>00</sup>
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* .....0,5 h.....
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
kontrola interwencyjna, doraźna w zakresie spełnienia wymagań jakości wody ciepłej (*Legionella sp.*) –znak sprawy NS-HK.9022.2.55.2023
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 i/lub obrazu\* .....nie dotyczy.....
10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów  
Sprawozdanie z badań nr L/BŚ-1/162/1/23 z dnia 11.09.2023 r. Oddział Laboratoryjny Sekcja Badań Środowiskowych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gliwicach.
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:  
.....
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
.....nie dotyczy.....
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr.....

**III. WYNIKI KONTROLI**

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli  
*Podmiot utworzony z mocy ustawy.*
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego  
*Kontrolą objęto Dom Pomocy Społecznej "NASZ DOM" przy ul. Derkacza 10 w Gliwicach.  
Obecnie nie jest prowadzone postępowanie administracyjno-egzekucyjne w stosunku do kontrolowanego obiektu.*

Kontrolę doraźną przeprowadzono w związku z wnioskiem o interwencję w sprawie badania wody, ze względu na wystąpienie zmian skórnych u pensjonariuszy i pracowników obiektu – znak sprawy NS-HK.9022.2.55.2023, na podstawie wyników badań próbek wody pobranych dnia 30.08.2023 r. z instalacji ciepłej wody użytkowej w Domu Pomocy Społecznej „NASZ DOM” przy ul. Derkacza 10 w Gliwicach (Sprawozdanie z badań nr L/BŚ-1/162/1/23 z dnia 11.09.2023 r. Oddział Laboratoryjny Sekcja Badań Środowiskowych Powiatowej Stacji).

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

Przeprowadzona kontrola doraźna na podstawie wyników badań wody ciepłej pobranej dnia 30.08.2023 r. z instalacji ciepłej wody użytkowej Domu Pomocy Społecznej „NASZ DOM” przy ul. Derkacza 10 w Gliwicach (Sprawozdanie z badań nr L/BŚ-1/162/1/23 z dnia 11.09.2023 r. Oddział Laboratoryjny Sekcja Badań Środowiskowych Powiatowej Stacji). wykazała obecność bakterii Legionella sp. w punktach poboru:

- próbka nr 626 – punkt najbliższy - kran w pokoju nr 30 (parter) – 790 [610;1000] jtk/100ml,
- próbka nr 627 – punkt pośredni - kran w łazience nr 15 (parter) – 930 [740;1200] jtk/100ml,
- próbka nr 628 – punkt pośredni - kran w łazience mieszkańców nr 58 ( I piętro) – 790 [610;1000] jtk/100ml,
- próbka nr 629 – punkt najdalszy - kran w łazience nr 204 (II piętro) – 910 [720;1200] jtk/100ml, co nie spełnia wymagań ujętych w § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. z 2017 poz. 2294) - najwyższa dopuszczalna liczba zgodnie z załącznikiem nr 5A dla Legionella sp. <100 jtk/100ml.

Powyższe wyniki świadczą o kolonizacji całej instalacji ciepłej wody użytkowej w stopniu średnim.

Poinformowano stronę, iż zostanie wydane zawiadomienie dotyczące obciążenia strony kosztami za przeprowadzenie kontroli wynikowej.

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

..... nie dotyczy.....

#### IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy\*\*

2. Wniesiono/nie wniesiono\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

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

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

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

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości..... słownie.....

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr.....-..... z dnia..... -..... wydane przez  
.....  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
6. Osoba ukarana została pouczone/a o prawie odmowy przyjęcia mandatu.  
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała\*\*
7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu  
.....  
(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  
.....

Dom Pomocy Społecznej  
"NASZ DOM"  
44-100 Gliwice, ul. Derkacza 10  
Nr Identyfikatora 000665254  
Tel.: 32 232-26-46 (centrala), Fax: 32 232-19-60

DYREKTOR

mgr Rafał Marek

ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY KOMUNALNEJ  
Inż. Joanna Walczyk

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczęć imienna/pieczęć podmiotu)

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/pieczęć imienne)

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu: 14.01.2023

Dom Pomocy Społecznej  
"NASZ DOM"  
44-100 Gliwice, ul. Derkacza 10  
Nr Identyfikatora 000665254  
Tel.: 32 232-26-46 (centrala), Fax: 32 232-19-60

DYREKTOR

mgr Rafał Marek

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Gliwicach\*\*.

**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