

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 57/1207/NS/HK/17

Gliwice, 16.02.2017r.  
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

*Alicję Pawełków, mł. asystent NS/HK, nr upoważnienia SSP/0131/32/17,*

*(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 OPOKA*

*ul. Pszczyńska 100,*

*44-100 Gliwice*

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

*Dom Pomocy Społecznej OPOKA*

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

*ul. Pszczyńska 100,*

*44-100 Gliwice*

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

**I.3. NIP 631-13-33-126 REGON 000686492 PESEL.....-.....**

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

*mgr Jolanta Pszczółka- Dyrektor*

---

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

*Anna Tomecka – kierownik działu administracyjno-gospodarczego*

**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:** *16.02.2017r. 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 OPOKA przy ul. Pszczyńskiej 100 w Gliwicach jest jednostką organizacyjną Miasta Gliwice zgodnie z Uchwałą Rady Miejskiej w Gliwicach nr IX/116/2011 z dnia 26.06.2011r.*

*Przeprowadzona kontrola doraźna na podstawie wyników badań próbek wody ciepłej pobranych dnia 01.02.2017r. (Sprawozdanie z badań nr L/BŚ-1/19/17 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 pomieszczeniu socjalnym, piwnica – 0 jtk/100ml,
- punkt pośredni – kran w dyżurce, parter - 0 jtk/100ml,
- punkt pośredni – kran w łazience ogólnodostępnej, I piętro- 0 jtk/100ml,
- punkt najdalszy – kran w łazience dla pacjentów, p. 29, I piętro – 0jtk/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-1/19/17 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: 16.02.2017r. godz. 15:30

Łączny czas kontroli: 1h

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ Kierownik Działu  
"O P O K A" Administracyjno-Gospodarczego

44-100 Gliwice, ul. Pszczyńska 100

tel./fax 032 232 31-91 tel. 032 232 33-50

NIP 631 13 32 45 REGON 000686402  
(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu) mgr Anna TomeckaSekcja Higieny Komunalnej  
Młodszy Asystent

mgr inż. Alicja Pawełków

.....  
(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 Kierownik Działu  
"O P O K A" Administracyjno-Gospodarczego

44-100 Gliwice, ul. Pszczyńska 100

tel./fax 032 232 31-91 tel. 032 232 33-50

..... mgr Anna Tomecka  
(podpis i pieczęć osoby kontrolującej 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