

PROTOKÓŁ KONTROLI SANITARNEJ

Nr 7/NS/HŻ22: PU/1898/432107

Gliwice 27.11.2007
(miejscowość i data)

Przeprowadzonej przez upoważnionego (-ych) pracownika (-ów) Pomiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gliwicach ul. Bałucka 4
Krzysztof Jurek sk. usb nig 559/0131/20/07

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnień do czynności kontrolnych)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 4 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego.
Sposób przeprowadzania kontroli określa Procedura Kontroli PK/HŻ/01.

I. Informacje ogólne dotyczące kontrolowanego zakładu/ obiektu

1. Zakład/obiekt kontrolowany:

Stacja Domu Pomocy Społecznej "Opoka"
Gliwice ul. Pszaryńska 100
(pełna nazwa, wszystkie niezbędne dane dotyczące identyfikacji zakładu)
(adres)
NIP 631-13-33-126 REGON 000 68 04 92 PESEL
TEL 032 232 21 91 FAX 032 232 21 91 E-MAIL -

Numer i data wydania decyzji PIS stwierdzającej spełnienie wymagań wynikającej z art. 63 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. Nr 171, poz. 1225)

2 NS - G-1524/26 - 02 - 03 z dnia 28.03.2003

2. Kierujący zakładem/obiektom kontrolowanym:

p. Jolanta Pszciołka Dyrektor
(imię i nazwisko, stanowisko)

3. Przedstawiciel zakładu/obiektu kontrolowanego:

p. Elżbieta Rycew kierownik działu administracyjno-gospodarczego
(imię i nazwisko, stanowisko)
(osoby przywołane przez strony na świadka dokonanych czynności kontrolnych)

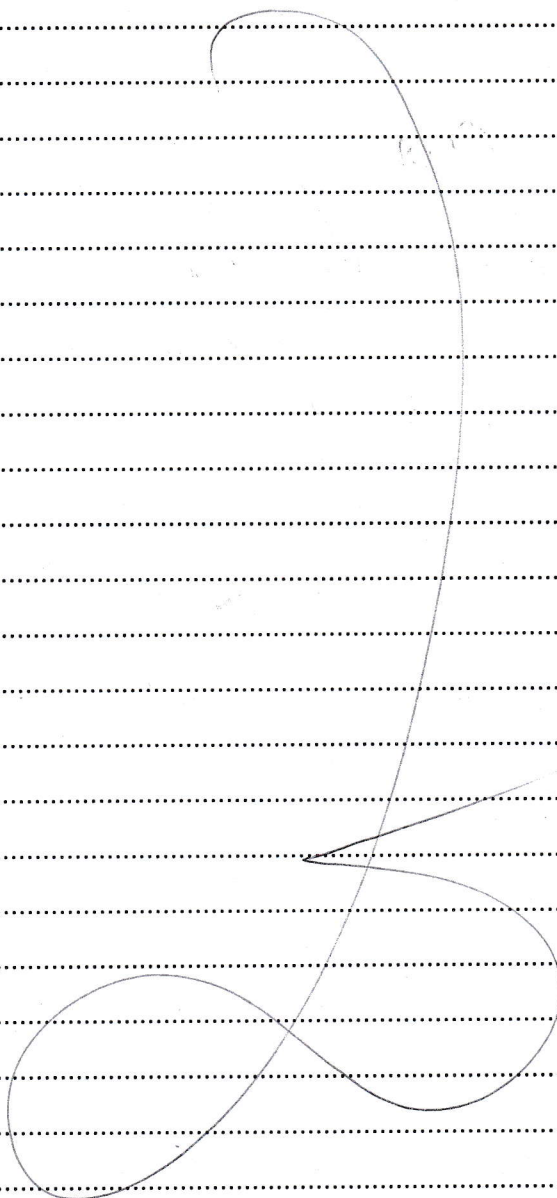
4. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola sanitarna

5. Wyposażenie użyte podczas kontroli: formularz kontrolny

PP/S/K/23/NS/HŻ22: P4

II. 1. Opis stanu faktycznego*, (charakter działalności zakładu, liczba pracowników i inne informacje charakteryzujące zakład)

Zakład prowadzi działalność od śniadania do
golonej poranny śniadania, obiady, kolacje. Wskazano
kuchnię wydawane są o godz. 8⁰⁰, 12³⁰, 17⁰⁰. Zaangażowane
są 4 osoby, które posiadają aktualne badania zdrowotne
Tabela do zakładu zakupuje się w hurtnicach, dostarczą
przez hurtowników. Zaangażowano w 2 mgwaleci nacisk
elektryczny młynek do mycia odpyrów.
Do mycia nacisk słotowych zaangażowano młynek
do mycia. Pacjentów leżących jest około 20.

II. 2. Opis stwierdzonych nieprawidłowości z podaniem przepisów prawnych, które naruszono.

2

Integralną część protokołu stanowią następujące załączniki: aktan oceny stanu
sanitarnego zakładu żywienia zbiorowego
2F/PK/HZ/01/01/03

III. Ustalenia pokontrolne

1. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w pkt. nie
zał. nr. ni ukarano nie
grzywną w drodze mandatu karnego ni (imię, nazwisko, stanowisko) w wysokości..... zł
na podstawie ni (nr mandatu karnego)
(podstawa prawna)
upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia nie nr. nie

2. Zgodnie z art. 10 kpa na wniosek strony, ustalono terminy usunięcia nieprawidłowości sanitarno-
technicznych: ni wrzesień

2

3. W książce kontroli sanitarnej i książce kontroli dokonano wpisu oraz wydano doraźne zalecenia
dotyczące usunięcia bieżących uchybień wymienionych w pkt. odnośni
przeprowadzonej kontroli sanitarnej

O usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości kierownik / przedstawiciel zakładu / obiektu
kontrolowanego jest obowiązany zawiadomić właściwego państwowego inspektora sanitarnego nie
później niż w ciągu 3 dni od daty wyznaczonego terminu.

4. Uwagi i zastrzeżenia kierownika / przedstawiciela zakładu / obiektu *.
Pan (i) wnosi / nie wnosi * uwag i zastrzeżeń do stwierdzonego stanu faktycznego:

nie wnosi uwag

2

5. Uwagi osoby kontrolującej..... Brak

6. Czas trwania kontroli: od 10⁰⁰ do 12³⁰

Protokół niniejszy wraz z załącznikami został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach dla każdej ze stron, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany.

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy dokonać odpowiedniej adnotacji.

..... protokół został podpisany

Poprawki i uzupełnienia do protokołu:

..... nie dokonano poprawek

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

DYREKTOR

..... mgr. Jolanta Pszczółka
(podpis i pieczęć kontrolowanego)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
"OPOKA"
44-100 Gliwice, ul. Pszczyńska 100
tel./fax 232-21-91, tel. 232-33-50
NIP 631-13-33-126 Regon 000686492

(podpisy świadków)

DYREKTOR

..... mgr. Jolanta Pszczółka
(podpis osoby kontrolującej)

Czesław Szalecki

IV. Potwierdzenie odbioru protokołu

Protokół kontroli przeprowadzonej w dniu (-ach) 27. 11. 2007 **DYREKTOR**

otrzymałem (-am) w dniu 27. 11. 2007 mgr. Jolanta Pszczółka

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
"OPOKA"
44-100 Gliwice, ul. Pszczyńska 100
tel./fax 232-21-91, tel. 232-33-50
NIP 631-13-33-126 Regon 000686492
(podpis i pieczęć odbierającego protokół)

Właściciel / osoba upoważniona w terminie 14 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą wyłącznie skontrolowanego zakładu/objektu.

Niniejszy protokół nie może być bez zgody Państwowego Sanitarnego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach powielany inaczej jak tylko w całości.

Protokół sprawdzono pod względem formalnym po dokonaniu czynności kontrolnych i zatwierdzono / nie zatwierdzono* wyniki kontroli na egzemplarzu protokołu właściwego państwowego inspektora sanitarnego:

.....
(data, podpis kierownika komórki organizacyjnej/
kierownika technicznego/ zastępcy)

* - zaznaczyć właściwe