

MZUK. 7323.2019

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
W GLIWICACH**

DETERMIN

Załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/01
„Sposób wykonywania kontroli w ramach zapobiegawczego
i bieżącego nadzoru sanitarnego w tym zapobiegania
i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń”
wydanie z dnia 14.03.2016

Strona 1 z (5)

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego



PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 64/1207/NS/HK/19

Gliwice, dnia 20.02.2019r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

MZUK. 02 092.3.2019

Krzysztof Rąbek

Sekcja Higieny Komunalnej, nr up. SSP/0131/71/19

(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 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2019r. poz. 59) w związku z art. 67 §1 oraz 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2018r., poz. 2096).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Miejski Zarząd Usług Komunalnych
ul. Strzelców Bytomskich 25c, 44-109 Gliwice
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Izba Wyrzeźwień – 44-100 Gliwice, ul. Okopowa 6
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Miejski Zarząd Usług Komunalnych
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))
ul. Strzelców Bytomskich 25c, 44-109 Gliwice
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP / REGON / PKD – odpowiednio 631-011-22-68 / 271048212 / m.in. 9311Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Tadeusz Mazur - Dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Małgorzata Panek – Kierownik Izby Wyrzeźwień
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/hr)

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 20.02.2019r. 11⁰⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*nie dotyczy.....
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia.

Podmiot jest gminną jednostką administracyjną prowadzącą działalność na zasadach ustalonych dla jednostki budżetowej i działa w oparciu o Uchwałę Rady Miejskiej w Gliwicach.

4. Data i godzina zakończenia kontroli 20.02.2019r. 13⁰⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*nie dotyczy.....
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Kontrola sanitarna kompleksowa oceny stanu higieniczno-sanitarnego i technicznego obiektu.
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
.....nie dotyczy.....

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

Umowa z dnia 17.09.2018r. dot. świadczenia całodobowych usług zdrowotnych dla pacjentów Izby Wyrzeźwień w Gliwicach przy ul. Okopowej 6

.....

.....

.....

.....

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Umowa z dnia 17.09.2018r. dot. świadczenia całodobowych usług zdrowotnych dla pacjentów Izby Wyrzeźwień w Gliwicach przy ul. Okopowej 6.

.....

.....

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr.....

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

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

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. ~~Wniesione~~ / nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
- 3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesione~~ / 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 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

KIEROWNIK
IZBY WYTRZEŻWIENI

mgr inż. *Margorzata Panek*

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

MIEJSKI ZARZĄD USŁUG KOMUNALNYCH
IZBA WYTRZEŻWIENI
44-100 Gliwice, ul. Okopowa 6
tel. (32) 231 19 59, tel./ fax (32) 231 00 31/32
NIP 631-011-22-68, REGON 271048212

STARSZY ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY KOMUNALNEJ

Krzysztof Rabeek

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu *27.02.2019.*

KIEROWNIK
IZBY WYTRZEŻWIENI

mgr inż. *Margorzata Panek*

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńc podmiotu)

MIEJSKI ZARZĄD USŁUG KOMUNALNYCH
IZBA WYTRZEŻWIENI
44-100 Gliwice, ul. Okopowa 6
tel. (32) 231 19 59, tel./ fax (32) 231 00 31/32
NIP 631-011-22-68, REGON 271048212

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

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

