

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 63/1207/NS/HDM/18

Gliwice 02.03.2018
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Lolka Gnan 105/12004
(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 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017 r., poz. 1261 ze zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1257 ze zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Sklepik Akcesorium oddział I ul. Berbeckiego 10
44-100 Gliwice tel/fax 231-36-84
e-mail: sklepik1@sklepik.gliwice.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Sklepik Akcesorium oddział I, 44-100 Gliwice, ul. Berbeckiego 10
tel/fax 231-36-84
e-mail: sklepik1@sklepik.gliwice.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Urząd Miejski Gliwice
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: NIP 631-22-57-003 Regon 276709746

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Eliza Kleber - kierownik
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Eliza Kleber - kierownik
(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..... 2.03.2018 r. godz. 12⁰⁰.....
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
..... nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:..... nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli..... 02.03.2018 r. godz. 14⁰⁰.....
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*
6. Zakres przedmiotowy kontroli
..... Kontrola planowa dotycząca oceny stanu
..... monitoringu z Tobką
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
..... termometr, czujniki, bezdotykowy / w katalogu
..... 413 / 101 / P / 115 / R / 6 / 115 / 101
(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
..... Badania lekarskie procedur (11) albumy
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
..... nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr..... F/1102/01

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
..... w odniesieniu do stanu formalno-prawnego, postępowanie
..... w odniesieniu do stanu faktycznego

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

w obiektach obsługujących pacjentów, w tym w
pomieszczeniach recepcyjnych i
obserwacyjnych.

dzienniki obsługa, myślenie, przesłany kartki
01.02.2014 pkt 1, 2, 3 - wycieczki

Pracownicy, pracownicy, w tym placówek,
Pracownicy, albo obiektu - 1 raz w miesiącu lub
w razie potrzeby
Pracownicy, pracownicy, 1 x w tygodniu lub
w razie potrzeby
Pracownicy, pracownicy, w tym w godzinach

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

a) Zakazanie śmieci, odpadów, odpadów w pomieszczeniach
sanitarnych, albo obiektu (grupa II), II piętro,
pomieszczenie filtru (grupa I, awaryjny w podziemiu
grupa I).

co jest niezgodne z rozporządzeniem Ministra Pracy
i Polityki Społecznej z dnia 10.07.2014 w sprawie
wymogów technicznych i sanitarnych jeżeli musi
mieć miejsce, w którym nie było przewidzianych
Klub lub klub rekreacyjny (Dz. U. 12.2014 poz. 935
z późn. zmianami Dz. U. 2014 poz. 2348)

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

nie dotyczy

(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

nie dotyczy

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej).

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

nie dotyczy

(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

nie dotyczy

KIEROWNIK
I ODDZ. ŻŁOBKÓW MIEJSKICH
Kleber
Eliza Kleber

Żłobki Miejskie
oddział I
ul. Berbeckiego 10
44-100 Gliwice

ST. ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY
Zofia Gąsz
mgr Zofia Gąsz

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

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

KIEROWNIK
I ODDZ. ŻŁOBKÓW MIEJSKICH
Kleber
Eliza Kleber

Żłobki Miejskie
oddział I
ul. Berbeckiego 10
44-100 Gliwice

(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