

przeprowadzonej przez

Magdalena Hubertowicz - Oddział Epidemiologii,
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

ur. 36 upoważnienie do czynności kontrolnych,
Emilia Przywile - Oddział Higieny Komunal-
nej, ur. 6 upoważnienie do czynności kontrol-
nych.

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Suwałkach.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz. U. z 2017r., poz.1261) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14.06.1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. 2017r. poz.1257)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Psychodniw Nr 1 przy ul. Piłsudskiego 9, 16-400
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

Suwałki (Zarząd Budynków Mieszkaniowych
w Suwałkach TBS sp. z o.o., 16-400 Suwałki
ul. Włodarska 32, tel. 87 563 50 00, fax 87 563 50 79)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

jak wyżej
rodzaj prowadzonej działalności: zarządzanie
zobowiązaniami mieszkaniowymi i lokalami użytkowymi
budującymi własnością spółki oraz
gminy Miasto Suwałki i Skarbu Państwa.

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Termed Budynków Mieszkalnych w Suwałkach
TBS sp. z o.o., 16-400 Suwałki, ul. Łęgielska 32
tel 87 553-59-00, fax 87 5535079

(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 844-235-62-87*

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Janusz Dębicki - Prezes Zarządu
 (imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

nie dotyczy
 (imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/hr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Maciek Krowczyński - kierownik Biura
Eksploatacji
 (imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli. *06.09.2017 godz. 12¹⁵*

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

4. Data i godzina zakończenia kontroli. *06.09.2017r godz. 14⁴⁵*

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

6. Zakres przedmiotowy kontroli

kontrola kompleksowa w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom oraz oceny zgodności stanu faktycznego z obowiązującymi przepisami prawnymi; stanu sanitarnego przychodni

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

nie dotyczy

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 lub obrazu*

nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

1) Umowa z firmą "WROS" Janusz Chmielewski, 16-400 Suwałki ul. Jotowskiego 5 - na wykonanie usług czyszczenia i dezynfekcji pomieszczeń, 2) Ocena do celów sanitarnych epidemiologicznych osoby zmarłej - pracownika firmy "WROS" Janusz Chmielewski, 3) Procedura mycia i dezynfekcji rąk, 4) Procedura mycia i dezynfekcji pomieszczeń, wyposażenia przychodni (w tym słonecznych matenizem biologicznym), 5) Wykaz stosowanych środków dezynfekujących.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

nie dotyczy

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

F/EP/11

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

Budynki przychodni stanowi własność
Związku Budynków Mieszkaniowych w Sucho-
bach TBS sp. z o.o.

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

Stan sanitarno-techniczny dostateczny.

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. ~~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 grzywn 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

Jan Kowalski

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

E. Cypienka

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 6.09.2017

Małgorzata Holubowicz

Urząd Budynków Mieszkalnych
ul. Suwalska 32
15-000 Suwałki, ul. Włocławska 32
tel. 87 563-50-00, fax 87 563-50-79
NIP 844-235-62-87 KRS 0000616330
Mikonia 14 1240 5211 1111 0010 6623 2587

Jan Kowalski

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano /nie wykorzystano formularze kontroli**

Ocenę pomieszczeń - F/EP/M

(nazwa/nr)

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