

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA  
16-400 Suwałki, ul. Utrata 9A  
tel. 087 565 28 60, fax 087 565 28 61

06  
PREZES ZARZĄDU  
67/2017  
PROTOKÓŁ KONTROLNY  
DIREKTOR ds. Epidemiologii

Zarząd Budynków Mieszkalnych Strona 1 z 6) on  
TBS Sp. z o.o.  
16-400 Suwałki, ul. Wigierska 32  
DATA 06-09-2017  
Wpłynięcie  
Podpisany 06-09-2017  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Wiesław Lange

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

ur. 36 upoważnienie do czynności kontrolnych,  
Emilia Czyżewska - 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

Przychodnia Nr 2 przy ul. Waryńskiego 27,  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)  
16-400 Suwałki (Zarząd Budynków Mieszkalnych  
w Suwałkach TBS sp. z o.o., 16-400 Suwałki  
ul. Wigierska 32, tel. 87 563-50-00, fax 87 563-50-79)

### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

jak wyżej  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)  
rodzaj działalności: zarządzanie zasobami mieszkal-  
nymi i lokalami użytkowymi będącymi własnością  
gminy i spółki oraz gminy Miasto Suwałki i Skarbu  
Państwa

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Zemod Budynków Mieszkalnych w Surowicach  
TBS sp. z o.o., 16-400 Surowice ul. Wapińska 32  
tel. 87 563-50-00, fax 87 563-50-79

(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:

Jarostaw Lebediew – 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/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

Jacek Koniaszewski – kierownik  
Działu Eksploatacji  
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli..... 06.09.2017 r. godz. 9<sup>30</sup>

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:.....

4. Data i godzina zakończenia kontroli..... 06.09.2017 r. godz. 12<sup>00</sup>

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*..... nie dotyczy



6. Zakres przedmiotowy kontroli

kontrola kompleksowa w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom oraz stanu zgodności stanu faktycznego z obowiązującymi przepisami prawnymi; ocena 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 "Wiosna" Genusz Chmielewski 16-400 Suwałki ul. Jędraszewskiego (5-10 wykonawstwo usług czyszczenia i dezynfekcji pomieszczeń); 2) Ocena do celów sanitarnych epidemicznych pracowników firmy "Wiosna" Genusz Chmielewski (osoby sprzątające); 3) Procedura mycia i dezynfekcji rąk, procedura mycia i dezynfekcji powierzchni, rozprowadzenie (w tym słonecznych) mydła-tem biobójczym; 4) Wykaz stosowanych środków dezynfekcyjnych.

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  
Zarządu Budynków Mieszkaniowych w Suwet-  
kach TBS sp. z o.o.  
Wpis do KRS - nr 0000616330.

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

Stan sanitarno-techniczny dobry.

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 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)

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

*Jack Vanover*

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

E. Cypewskie  
skrajona Hotubowice

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....6.09.2017.....

Zarząd Budynków Mieszkalnych  
w Suwałkach TBS sp. z o.o.  
16-400 Suwałki, ul. Wigierska 32  
tel. 87 563-50-00, fax 87 563-50-79  
NIP 844-235-62-87 KRS 0000616330  
Nr konta 14 1240 5211 1111 0010 6623 2587

*Janek Urowieś*  
.....  
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli\*\* .....

Осень ромбическая - F/EP/11

(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**