

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

nie dotyczy

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

21/AS-14 22/AS-14 Probioty pobrane
z probki wody pitanej do spożycia

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- 1) Umowa nr 16/2013 dot. obsługi i transportu
medycyny z KINE SOMMER sp. z o.o.,
76-200 Sępólno, ul. Mediana 10.
- 2) Umowa nr 15/2013 dot. obsługi i transportu
odpadoz z odpadami, leczenia i probiotyk
z medycyny kod 120103 z 202 MEDICUS
76-200 Sępólno, ul. Piłsudskiego 16B

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

nie dotyczy

4721.8.2014.LM2

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

Ewa Młynarczyk
DYREKTOR
Biuro Pomocy Społecznej
w Miedwiej
mgr Ewa Młynarczyk

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. ... nie nałożono/ nałożono**
mandat karny na

(imię i nazwisko, stanowisko)

..... w wysokości..... na podstawie art.
(nr mandatu karnego) (podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

[Signature]

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

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania.**

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

[Signature]

Dokonano/nie dokonano** wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli**

Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej **

[Signature]

Data i godz. zakończenia kontroli: 02.04.2014, godz. 11:50

Łączny czas kontroli: 1 godz. 20 min.

**DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
w MACHOWINIE**
76-270 USTKA, tel./fax 59 846 12 92
woj. pomorskie

KIEROWNIK
DZIAŁU OPIEKUNICZO-TERAPEUTYCZNEGO
mgr Małgorzata Spryszak

(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Starszy asystent
mgr inż. Alina Siłakowska

Ewa Jędrzejczyk
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Starszy asystent
mgr inż. Alina Siłakowska
(podpis i/lub pieczęć osoby/osób kontrolujących(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 02.04.2014

Ewa Jędrzejczyk
(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”
**- właściwe zakreślić