

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr SE.NS-30.9022.4721.24.2012.LMŻ

Machowino, dnia 17.04.2012r.

przeprowadzonej przez Lucynę Matela-Żołnowską, starszego asystenta OHK, nr upoważnienia 31/2012 pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego *oraz Kordelę Kradon-włodęp omyka*  
Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 t.j.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz. 1071 t.j. z późn. zm.).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

**I.1. Zakład/obiekt kontrolowany:** (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Dom Pomocy Społecznej w Machowinie, 76-270 Ustka, tel. 846-12-92

**I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:**

*Stanisław Kordelę Kradon-włodęp omyka*  
*ul. Kordelę Kradon-włodęp omyka 14*  
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / telefon / faks)

**I.3. NIP.** *8351892227* **REGON.** *000233101* **PESEL.**

**I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym:** (imię i nazwisko, stanowisko)

*pani Ewa Kordelę Kradon-włodęp omyka - dyrektorka*

**I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę\*** (imię i nazwisko, stanowisko)

*pani Kordelę Kradon-włodęp omyka - kierownik Działu Opieki nad*

**I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę\*** (imię i nazwisko, ewentualny adres):

*nie dotyczy*

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

**II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** *17.04.2012 r. godz. 11:00*

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** *kontrola sanitarna oraz real-*

*izacja warunków z dnia 9.11.1995 r. o ochronie zdrowia*

*przedmiotowej działalności w tym zakresie*

*dotyczących*

### III. WYNIKI KONTROLI:

**III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie** (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

*aktualnie nie toczy się postępowanie administracyjnego*

*cyjno-egzekucyjnego wobec kontrolowanego*

*obiekta*

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*:

*nre dotyczy*

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

*protokół 28, 29, 30, 31, 32 / MS-12 z dnia 17. 09. 2012 r*

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

*nre dotyczy*

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- 1) Umowa nr 16/2011 z dnia 12.12.2011 r między  
Dolnym Rejonem Profesjonalistów Medycznych z KIN6 SOMMERGA  
76-200 Hajdki, ul. Kwidzińska 10 dot. odroczenia i rozprawy  
miejscowej komisji.*
- 2) Umowa nr 15/2011 z dnia 12.12.2011 r między DPS  
z Kwidzina nr 9 przy MEDICUS, 76-200 Hajdki, ul.  
Kwidzińska 10.B dot. odroczenia i rozprawy.*

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

*nre dotyczy*

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:

Nie wnoszę uwag

Domu Pomocy Społecznej  
w Machowinie

mgr Ewa Kłynańczyk

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

(imię i nazwisko, stanowisko)

(nr mandatu karnego)

..... w wysokości..... na podstawie art. ....

(podstawa prawna)

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

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

(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.

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 \*\* .....

Data i godz. zakończenia kontroli: 17.04.2012 r. godz. 12:45

Łączny czas kontroli: 106 min

DYREKTOR  
Domu Pomocy Społecznej  
w Machowinie

mgr Ewa Młynarczyk

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

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

Starszy asystent

Lucyna Matela-Żołnowska  
mgr Lucyna Matela-Żołnowska

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

## POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 17.04.2012 r.

DYREKTOR  
Domu Pomocy Społecznej  
w Machowinie

mgr Ewa Młynarczyk

(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