

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

POWIATOWA STACJA
Sanitarno-Epidemiologiczna
6-200 Słupsk, ul. Piotra Skargi 8
tel. 059/ 843 81 55 tel. 059/ 843 42 91
NIP 839-185-42-12

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr.....

1644/1.001.10

Dąbrowa, 08.09.2014

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Violetta Osobrowska, tkm, nr up. 27/1004

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Słupsku

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tj. Dz. U. z 2021 r., poz. 195) w związku z art. 67 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2021 r., poz. 735).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Specjalny Ośrodek Rehabilitacji i w. (kompleksowe zabiegi)
Dąbrowa, ul. Konarskiego 1 76-1231 Dąbrowa tel. 588113069
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna) Email: osroda@nicofp.pl

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

po Zofia Rycho - po dyrektor ośrodka
organ Pracowni - Starostwo Powiatowe w Słupsku
(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...

83918542103/000180048

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Zofia Rycho - po dyrektor ośrodka
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Wioletta Osobrowska - po inspektorze sanitarnym
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

Nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli...

08.09.2014

9.10.15

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

Nie dotyczy

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

4. Data i godzina zakończenia kontroli.

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

- ## 6. Zakres przedmiotowy kontroli

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
- nr i nazwa protokołu/ów*

9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr

III. WYNIKI KONTROLI

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

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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

**** niewłaściwe skreślić**

ii) Контроль качества:

d. W obrotach funkcjonalnych (materiał podstawowy) 8 oddziałów; kliniczna i psychopatologiczna do pracy (3 oddz.), 18 leż., 10 osób leczących go oraz internat dla 60 wychowanków.

6. Савестом, збогом и поштом не могу да тримам "меч". Одустаж и међународне репресије и мучноћа.

С. Записи меконгских пингвинов: Озеро Вале, Грех, Греху, Ойле, и пиджера Земмунг. Новошние пиджера

F1/PK/01 Wydanie 3 z dnia 2016-03-14

leżąc, wykazanie zgodności z rozp. HEN w sp. publicznej, w sprawie.
 nleż: i placówek z dn. 31.12.2021r.

8. Dokumentacja medyczna personele na wykaz no. 01/21/06.08.21
 9. Prot. historyi choroby pacjentów podlegających na 2/08/2021
 z dn. 2/08/2021

10. Historia choroby opracowana, nie prowadzona, w przypadku
 bezprecedensu, w związku z wystąpieniem epilepsji, w przebiegu
 choroby zdiagnozowanej dyrektorem na 15/10/2021 z dn. 01.08.2021.

11. Za choroby skóry stan zaniedbania higienicznego -
 podlegającym kontrolowaniu przez pielęgniarkę.

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

Nie dotyczy

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

Należy nadzór, opieka i nadzór nad pracami remontowymi i opisanie o aktualnym stanie faktycznym oraz odtworzenie i opisanie GIS, H2, H2A.

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**

Wp. 10. 10. 2016 r. H-240

No. str. 3 str. 1000

(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 **

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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

.....

Ketenyne Irenek-Syrek
 (czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Natko Jankowska
 (czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Klauzula informacyjna

W związku z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119/1) (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) określonym w klauzuli dalej jako RODO informujemy, że od dnia 25 maja 2018 r. przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Słupsku.

1. Administratorem danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Słupsku będący jednocześnie Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Słupsku, 76-200 Słupsk ul. Piotra Skargi 8 tel.59-8431291, adres e-mail: psse.słupsk@pis.gov.pl
2. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna wyznaczyła Inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych pod adresem pocztowym wymienionym w pkt 1 lub adresem e-mail: iod@psse.słupsk.pl
3. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Słupsku przetwarza dane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu realizacji bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego;
4. Odbiorcą danych będą tylko instytucje/urzędy upoważnione z mocy prawa.
5. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa.
6. Administrator danych osobowych nie przekazuje danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach ustawowych bądź o archiwizacji.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - dostępu do treści danych oraz ich sprostowania,
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana przez PSSE w Słupsku narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 14.08.2024

Ketenyne Irenek-Syrek
 (czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano nie wykorzystano formularze kontroli** F 1404/04 ; F 1404/09
 (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