

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.4020.2.4.2022**

Nowe Miasto Lubawskie, 9.01.2023 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: **Joannę Rumińską, asystenta oddziału nadzoru, higieny komunalnej, nr upoważnienia: PPIS.0490.1.2023**

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez:

**Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Nowym Mieście Lubawskim**

(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 (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 195) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 §1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 2000).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

**1. Podmiot kontrolowany**

**Dom Pomocy Społecznej, Nowe Grodziczno 14B, 13-324 Grodziczno**

**tel. 56 4729114, grodziczno@op.pl, dps\_grodziczno@op.pl**

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

**2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu**

**Dom Pomocy Społecznej, Nowe Grodziczno 14B, 13-324 Grodziczno**

**tel. 56 4729114, grodziczno@op.pl, dps\_grodziczno@op.pl** (pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

**3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań**

**Dyrektor Domu Pomocy Społecznej**

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))

**Organem założycielskim jest: Powiat Nowomiejski, ul. Rynek 1, 13-300 Nowe Miasto Lubawskie, tel. 56 4724220, fax 56 4724222, sekretariat@powiat-nowomiejski.pl**

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

**4. NIP 8771002202 REGON 870210287 PKD 8730Z**

**5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**

**Pani Marzena Przybylska – Dyrektor DPS**

(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\***

**Nie dotyczy**

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

**1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 09.01.2023 r., godz. 14.30**

**2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* Nie dotyczy**

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli **9.01.2023 r., godz. 15.00**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* Nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
Kontrola jakości ciepłej wody użytkowej pod kontem obecności bakterii z rodzaju Legionella.
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\* Nie dotyczy (nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych\*\*  
– nr i nazwa protokołu/ów\* Nr protokołu: 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 - Nie dotyczy
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\* Nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - Nie dotyczy

### III. WYNIKI KONTROLI

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

W stosunku do kontrolowanego podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne.

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

Przedstawione w dniu 9.01.2023 r. przez Dom Pomocy Społecznej w Grodziecznie wyniki badań ciepłej wody (próbka wody pobrana dnia 30.12.2022 r. – sprawozdanie z badań nr 44026/2022 z dnia 9.01.2023 r. Laboratorium Badań Epidemiologiczno-Klinicznych Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Olsztynie) wykazały, że z pobranej próbki ciepłej wody wyhodowano bakterie z rodzaju Legionella w ilości 54 jtk w 100 ml wody (norma <100 jtk/100 ml). Na podstawie w/w wyników badań woda w zakresie zbadanego parametru odpowiada wymaganiom Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, Załączniku nr 5 (Dz. U. z 2017 r poz. 2294).

Decyzja została wykonana w całości.

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. ~~Wniesione~~/nie wniesiono\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu —~~naniesione~~/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) .....
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.....

**KIEROWNIK DZIAŁU**  
**MEDYCZNO-OPIEKUNICZO-TERAPEUTYCZNEGO**  
*Gawrińska*  
**Iwona Gawrińska**

**DOM POMOCY SPOŁECZNEJ**  
Nowe Grodziczno 14B  
13-324 Grodziczno  
tel. 0-56 / 47 291 14

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Asystent  
Oddziału Nadzoru PSSE  
w Nowym Mieście Lubawskim  
*Joanna Rumińska*  
mgr Joanna Rumińska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

**KIEROWNIK DZIAŁU**  
**MEDYCZNO-OPIEKUNICZO-TERAPEUTYCZNEGO**  
*Gawrińska*  
**Iwona Gawrińska**

**DOM POMOCY SPOŁECZNEJ**  
Nowe Grodziczno 14B  
13-324 Grodziczno  
tel. 0-56 / 47 291 14

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

**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