

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr ²⁴⁷...../1207/NS/HDM/¹⁸.....

Glince, 06.09.2018r.

(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

²⁴⁷ Agnieszka Właducha, NS/HDM, Nr upow. SŚP 10131/4/18

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017 r., poz. 1261 ze zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1257 ze zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Sklep Rolniczy M 9 ul. Krole Jone III Sobieskiego
ul. Sobieskiego 14, 44-100 Glince, tel/fax 32 299-13-62
e-mail: sekretariat@spg.glince.eu

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Sklep Rolniczy M 9 ul. Krole Jone III Sobieskiego
ul. Sobieskiego 14, 44-100 Glince, tel/fax 32 299-13-62
e-mail: sekretariat@spg.glince.eu

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Anna Piotrowska Glince Imię i Nazwisko Glince

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

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio

NIP 631-10-75-658 REGON 000721656

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Anna Piotrowska - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Anna Piotrowska - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inde)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli. 06.09.2016r. godz. 10.10.
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia. Nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli. 06.09.2016r. godz. 11.40
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* 1 godzina
6. Zakres przedmiotowy kontroli
kontrola planowa dot. pracy SAU wewnętrznego obrotu
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* Nie dotyczy
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku i/lub obrazu* Nie dotyczy
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
Nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
dokumenty dotyczące personelu - aktualne (72 pracowników)
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
Nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr. F/HDM/d1

III. WYNIKI KONTROLI

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

decyzje 2 dnio 25.10.2016r. N NSI/HDM-432-399/0-11/2016/6769
pkt 2- zrealizowano
pkt 3, 4- wykonano

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

W pomieszczeniach sanitarnych separacyjne brojece opie nale oze
stoski mydlany dobrze
Hig. bezbrzozy - mydlarniczy, 1 duzy dzialacz - bez dyzo,
H. dzialacz dzialacz czystoty szabl pelnie popieradk
podrywacz i elektrozawieszki
Mopelwacznicy, zwete na podkladzie dzialacz z dno 03.02.2017r.
dla plh 1 - czysto wyblonend, plh 2, 3 - wykones.

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

a) zabrane sterylne na dojezu na portele

b) zabrane sterylne na dojezu szkodnicy

co maach naruszenie

§2 Rozporządzenia MENIS z dnio 2012 roku (Dz.U. M. 6/2008),
pza. 69 ze zmianami) k. Solone bezpraszalne i mydlacz
i poboczny i mgpoboczny szabl i przedmiot

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

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości..... słownie.....

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

nie dotyczy

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej).

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

nie dotyczy

(imię i nazwisko/adres)

5. 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

nie dotyczy

SZKOŁA PODSTAWOWA Nr 9
im. Króla Jana III Sobieskiego
ul. Sobieskiego 14, 44-100 Gliwice
tel. 032/ 239-13-82, NIP: 631-10-75-658

DYREKTOR SZKOŁY

Anna Pomykała
mgr Anna Pomykała

MŁODSZY ASYSTENT
Agnieszka Durmowicz
mgr Agnieszka Durmowicz

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeńć imienna/pieczeńć podmiotu)

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczeńć imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu *06-09-2018r.*

SZKOŁA PODSTAWOWA Nr 9
m. Króla Jana III Sobieskiego
ul. Sobieskiego 14, 44-100 Gliwice
tel. 032/ 239-13-82, NIP: 631-10-75-658

DYREKTOR SZKOŁY

Anna Pomykała
mgr Anna Pomykała

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Gliwicach**.

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