

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr EPN.44.42.2023.NHL

Grodzisk Mazowiecki, dnia 17.04.2024r.
(miejscowość i data)

WPŁYNĘŁO DNIA
17.04.2024
L. dz. 458 nr
17.04.24
G. Ejsler

przeprowadzonej przez

Agnieszka Felszer mł. Asystent Sekcji Epidemiologii nr upoważnienia 44/2024,

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Grodzisku Mazowieckim.

(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 2024 r. poz. 416), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 775 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej
Izdebno Kościelne ul. Ks. M. Oziębłowskiego 20
05-825 Grodzisk Mazowiecki

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Filia Domu Pomocy Społecznej
ul. 3 Maja 63
05-825 Grodzisk Mazowiecki

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej
Izdebno Kościelne ul. Ks. M. Oziębłowskiego 20
05-825 Grodzisk Mazowiecki

(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: NIP: 5291529391 REGON: 001010489

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Teresa Ciszewska – dyrektor DPS
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

(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 17.04.2024r. Godz.: 10:00

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli ... 14.04.2024 ... Godz.: 12:00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*
6. Zakres przedmiotowy kontroli bieżąca kontrola sanitarna w zakresie oceny stanu technicznego i sanitarno-porządkowego oraz stosowania procedur sanitarno-higienicznych
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 lub obrazu* nie dotyczy
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

- procedury sanitarnie - higieniczne
- Faktura VAT, Nr. FS-VT, z dnia 31.01.2024, z dnia 31.01.2024, - potwierdzenie odbioru
odpado- medycznych oraz Umowa 353.1A7.1B, z dnia 02.01.2017, zawarta z
firmą EMKA S.A. z Zyrardowie na odbiór i transport odpadów medycznych.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
.....*nie dotyczy*.....
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/EP/11

III. WYNIKI KONTROLI

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

W dniu kontroli w stosunku do kontrolowanego podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne. W podmiocie udzielane są świadczenia w zakresie całodobowej opieki nad osobami starszymi i osobami niepełnosprawnymi.

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

[illegible]

[illegible]