

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

RDN. 5201. 00253. 2016E14

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr. K2 RDN/01262-02/2016

Warszawa, 05. 02. 2016.  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Elbieta Buczyńska  
Asystenta Sekcji Hdi/HA

na upoważnienie 99/2016/PK

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie

(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 2015 r. poz. 1412), 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 2016 r. poz. 23).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

#### 1. Podmiot kontrolowany

Przedsiębiorstwo Nr. 412  
= Oddziałami Integrowanymi  
02 - 793 Warszawa, ul. P. Teletkiewa 8  
tel. 22 544 0650 e-mail: przedsiakade 412 z o s t a @ g m a i l . c o m

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

#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Przedsiębiorstwo Nr. 412  
= Oddziałami Integrowanymi  
02 - 793 Warszawa, ul. P. Teletkiewa 8  
tel. 22 544 0650, e-mail: przedsiakade 412 z o s t a @ g m a i l . c o m

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

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

Miasto Stoleczne Warszawa  
reprezentowane przez Prezydenta Miasta Stolecznego  
Warszawy  
Mac. Baniaczy 3/5  
00 - 350 Warszawa

(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 ..... 9512261777, 141534086, 8510 Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

(imię i nazwisko/stanowisko)

Pawł Agnieszka Szemborska - Dyrektor

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

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

nie dotyczy

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.....

05.12.2016r. godz. 14:30

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

art. 83a ustawy o systemie oświaty  
z dnia 20.1.2015r. poz. 2156 z późn. zm.

4. Data i godzina zakończenia kontroli.....

05.12.2016r. godz. 15:00

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola sprawdzająca usunięcia nieprawidłowości  
z dnia 10.11.2016r. dotycząca zabezpieczenia  
otwartej przestrzeni pomiędzy biegami schodów  
i olew. klatkach.

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

.....  
.....  
.....

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

.....  
*nie dotyczy*  
.....  
.....  
.....  
.....

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

.....  
*W stosunku do kontrolowanej Pracowni nie prowadzone  
jest gospodarstwo rolno-wytwórcze.*  
.....  
.....

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

W dniu kontroli stwierdzono:

1. Niebezpieczna sytuacja powstaje pomiędzy biegami schodów a obu klatkach.



3. 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 grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia .....

wydane przez

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone/a 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

.....  
.....  
.....

DYREKTOR

*Agnieszka Szewcowa*  
Agnieszka Szewcowa

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Asystent

*Elżbieta Buczyńska*  
Elżbieta Buczyńska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 05.11.2016r.....

DYREKTOR

*Agnieszka Szewcowa*  
Agnieszka Szewcowa

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

PRZEMISZ: L1 NR 412  
z Oddziałem i Pracowniami  
02-793 Warszawa, ul. B. Pruskiego 8  
tel. (22) 64 05 00  
NIP: 51-21-13-11

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* .....  
(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