

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr.....

NSOR / 9 / 2014 / 21 / 2022

Tomaszów Mazowiecki, 06.12.2022  
(miejscowość i data)

Przeprowadzonej przez: Paulina Kojacławska, Oddział

(imię i nazwisko)

Higieny Radiacyjnej, nr upoważnienia 75/2022 oraz Adama Kazubki,

(imię i nazwisko)

Oddział Higieny Radiacyjnej, nr upoważnienia 75/2022 pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez  
łódzkiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2021r., poz. 195 z późn. 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 2022 r. poz. 2000),

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

## 1. Podmiot kontrolowany

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

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim

97-200 Tomaszów Mazowiecki ul. Jana Pawła II 64/66

numer księgi rejestrowej 000000256714 cz.V k.r. - 01

NIP: 773-10-66-477, REGON: 590302221

BDO: 000128762, tel: (44) 724-10-45

## 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

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

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim

97-200 Tomaszów Mazowiecki ul. Jana Pawła II 64/66

numer księgi rejestrowej 000000256714 cz.V k.r. - 01

NIP: 773-10-66-477, REGON: 590302221

BDO: 000128762, tel: (44) 724-10-45

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

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

Mark Goidan

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

## 4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio

7731066477 / 590302221

## 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

(imię i nazwisko/stanowisko)

Mark Goidan - 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..... *06.12.2022 god. 9:45*

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli..... *06.12.2022 god. 11:45*

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli: Kontrola przeprowadzona w związku z bieżącym nadzorem nad urządzeniami wytwarzającymi pole elektromagnetyczne

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*

.....  
 (nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny) *nie dotyczy*

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\*  
 .....

10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów

..... *sprawozdania z pomiaru pól em*

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

..... *zobowiązania bhp*

..... *świadectwa laboratoryjne*

..... *sprawozdania z pomiaru pól em*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

..... *upoważnienie do kontroli*

.....

.....

.....

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HR/05, F/HR/06.

## III. WYNIKI KONTROLI

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

wpis do Księgi Kształtującej nr: 000000256714

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

Stan Sanitarno - higieniczny dobry

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

nie stwierdzono





## 4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

*nie dotyczy*

*[Signature]*

## IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/~~nie dokonano~~\*\* wpisu do książki kontroli/dziennika ~~budowy~~

*[Signature]*

2. ~~Wniesiono~~/nie wniesiono\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

*[Signature]*

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

(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\*\*

*nie dotyczy*

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\*

*nie dotyczy*

STARSZY ASYSTENT  
Oddziału Higieny Radiacyjnej  
Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej  
w Łodzi

*Paulina Zajączkowska*  
mgr Paulina Zajączkowska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

STARSZY ASYSTENT  
ODDZIAŁU HIGIENY RADIACYJNEJ  
Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej  
w Łodzi

*Adam Kowalski*  
Adam Kowalski

Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim

*Marta Goździk*  
mgr Marta Goździk

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

*06.12.2022*

*Marta Goździk*  
Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim  
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)  
mgr Marta Goździk

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim  
97-200 Tomaszów Mazowiecki ul. Jana Pawła II 64/66  
numer księgi rejestrowej 000000256714 cz.V k.r. - 01  
NIP: 773-10-66-477, REGON: 590302221  
BDO: 000128762, tel: (44) 724-10-45

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~\*\* formularze kontroli:

OCENA JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ STOSUJĄCEJ URZĄDZENIA WYTWARZAJĄCE POLE I PROMIENIOWANIE ELEKTROMAGNETYCZNE F/HR/05

LISTA OSÓB PRACUJĄCYCH W NARAŻENIU NA DZIAŁANIE POLA I PROMIENIOWANIA ELEKTROMAGNETYCZNEGO F/HR/06

**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

