

POWIATOWA STACJA
Sanitaro - Epidemiologiczna
76-200 Słupsk, ul. Piotra Skargi 8
Fax 059/843 81 55 tel. 059/843 12 91
Reg. 000300268 NIP 839-185-42-12

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HP.52.2026.KH

Słupsk, 24.03.2026 r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez [REDAKTOWANE] – starszego asystenta HP, nr upoważnienia 39.HP.2026
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
Pracownika(-ów) upoważnionego(-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego
w Słupsku

(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 (Dz. U. z 2024 r., poz. 416) 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 2025 r., poz. 1691)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Trzy Fale Sp. z o.o.; ul. Grunwaldzka 8A, 76-200 Słupsk
tel. 887 808 829, sekretariat@trzyfale.slupsk.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Trzy Fale Sp. z o.o.; ul. Grunwaldzka 8A, 76-200 Słupsk

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Żołądek Anna – prezes zarządu

(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: 839-318-69-73

REGON: 365469091

PKD: 93.11 Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym: Żołądek Anna – prezes zarządu
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu* [REDAKTOWANE] – dyrektor ds. utrzymania obiektu

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* [REDAKTOWANE] – główny specjalista ds. BHP, [REDAKTOWANE] – koordynator ds. utrzymania czystości
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 24.03.2026 r.

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli 26.02.2026 r.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 24.03.2026 r.

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli: Nadzór nad warunkami zdrowotnymi środowiska pracy; realizacja obowiązków wynikających z ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2024 r., poz. 1162 z późn. zm.).

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* Nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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: Wyniki badań środowiska pracy wykonane przez Laboratorium Ekoperfex ██████████ w zakresie mikroklimatu, hałasu i czynników chemicznych.
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli: orzeczenia lekarskie pracowników, ocena ryzyka zawodowego, instrukcje stanowiskowe, umowa z lekarzem medycyny pracy, wyniki badań środowiska pracy, karty i rejestry czynników szkodliwych, spis substancji niebezpiecznych, karty charakterystyki substancji chemicznych i ich mieszanin, tabela przydziału odzieży ochronnej, rejestry czynników biologicznych.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* Nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HP/01, F/HP/02, F/HP/03, F/HP/09 Formularze kontroli wypełnione w jednym egzemplarzu, dostępne do wglądu w siedzibie PSSE w Słupsku, ul. Piotra Skargi 8.

III. WYNIKI KONTROLI

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

KRS o numerze 0000644473
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego
 - a) W dniu kontroli ustalono, że w zakładzie zatrudnionych 76 pracowników (w tym 56 kobiety).
 - b) Wszyscy pracownicy posiadają aktualne orzeczenia lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza, bez przeciwwskazań do wykonywanej pracy na określonym stanowisku pracy.
 - c) Pracodawca podpisał umowę na świadczenie usług medycznych z Samodzielnym Publicznym Miejskim Zakładem Opieki Zdrowotnej w Słupsku ul. Tuwima 37. Umowa Nr 57/2023 zawarta dnia 23.11.2023 r. ważna do dnia 30.11.2026 r.
 - d) Pracodawca ocenił i udokumentował ryzyko zawodowe dla poszczególnych stanowisk: kosmetykolog, pracownik obsługi technicznej, prezes, dyrektor, główny księgowy, kadra kierownicza, konserwator, pracownicy administracyjno-biurowy, pracownik personelu sprząającego, pracownik obsługi technicznej, fizjoterapeuta, obsługa klienta, pracownik inżynieryjno-techniczny, masażysta.
 - e) Z ocena ryzyka zawodowego zostali zapoznani pracownicy.
 - f) W ocenie ryzyka zostały ujęte szkodliwe: m. in.: czynniki biologiczne gr 2, oraz gr. 3, hałas, czynniki chemiczne.
 - g) Pracodawca prowadzi rejestry czynników biologicznych (rejestr prac i rejestr pracowników narażonych na działanie czynników biologicznych gr 3).
 - h) Pracodawca opracował i udostępnił pracownikom stanowiskowe instrukcje bhp, które są dostępne dla pracowników.
 - i) W zakładzie zapewnione są dla pracowników środki ochrony indywidualnej oraz odzież i obuwie robocze przewidziane na danym stanowisku (np. klapki antypoślizgowe, fartuch kosmetyczny, bluza, podkoszulka, półbuty robocze, rękawice kwasoochronne, okulary ochronne). Pracownicy otrzymują ekwiwalent za pranie odzieży roboczej.
 - j) Okazano do wglądu aktualne wyniki badań środowiska pracy wykonane przez Ekoperfex Laboratorium Badań Środowiska Pracy ██████████ z dnia 17.12.2025 r sprawozdanie nr 11/64/L/2025 w zakresie czynników chemicznych: kwas fosforowy (p.o.m), dla stanowiska personelu sprząającego, oraz wodorotlenek sodu – 0,01 NDS, oraz hałas dla stanowiska personelu sprząającego - 0,24 NDN, oraz mikroklimatu umiarkowany.
 - k) Pracodawca prowadzi rejestr czynników szkodliwych i karty badań czynników szkodliwych.
 - l) Pracownicy zostali zapoznani z wynikami badań środowiska pracy.
 - m) Pracodawca prowadzi rejestr chorób zawodowych.
 - n) Sprawdzono pomieszczenie do dozowania substancji do uzdatniania wody. Chlor i kwas siarkowy znajdują się w osobnych pomieszczeniach. Pomieszczenia oznakowane prawidłowo,

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

- substancje dozowanie automatyczne. Pracownicy w pomieszczeniu mają zapewnione środki ochrony indywidualnej: specjalne kombinezony (kwasoodporne), rękawice, maski.
- o) W pomieszczeniu gdzie znajduje się kwas siarkowy znajduje się natrysk i umywalka z dostępem bieżącej wody zimnej, natomiast w pomieszczeniu gdzie znajduje się chlor jest dostępna tzw. oczomyjka.
 - p) Pomieszczenia posiadają wentylację mechaniczną.
 - q) Dostępne są karty charakterystyki używanych preparatów i substancji chemicznych. Pracodawca prowadzi spis preparatów niebezpiecznych.
 - r) Zapewnia się pracownikom niezbędne środki higieny osobistej, których rodzaj i ilość jest dostosowana do rodzaju i stopnia zanieczyszczenia ciała.
 - s) Pracodawca zapewnia pomieszczenia i urządzenia higienicznosanitarne odpowiednie do liczby pracowników i rodzaju prowadzonej działalności.
 - t) Nie stwierdzono uchybień w obszarze stanu higienicznosanitarnego pomieszczeń i urządzeń higienicznosanitarnych oraz pomieszczeń pracy.
 - u) W zakładzie nie stwierdzono nieprawidłowości wynikających z ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2024 r., poz. 1162 z późn. zm.).
 - v) Zakład w wodę zakład zaopatrywany jest przez wodociąg miejski.
 - w) Pracodawca nie wykonuje badań w zakresie stężenia radonu.

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

Nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski* W ramach działań edukacyjnych:

- poinformowano pracodawcę (w przypadku kiedy pracownik zgłosi podejrzenie choroby zawodowej pracodawcy lub pracodawca chciałby zgłosić podejrzenie choroby zawodowej u swojego pracownika) o procedurze dotyczącej zgłaszania podejrzeń chorób zawodowych zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2022 r., poz. 1836 z późn. zm.).
- przypominano pracodawcy, że nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego,
- przeprowadzono rozmowę na temat zagrożenia radonem w środowisku pracy,
- zalecono odwiedzenie strony internetowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Instytutu Badawczego: <https://www.pzh.gov.pl/serwisy-tematyczne/legionella/> zawierającej informacje o chorobie legionellozie.

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
(imię i nazwisko/ stanowisko)
w wysokości..... słownie..... (nr mandatu karnego)..... Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
5. Osoba ukarana została pouczone/a o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/ nie skorzystała**
6. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu
(imię i nazwisko/adres)
7. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
8. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/ ~~nie zapoznano się~~ **
9. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

STARSZY ASYSTENT
Szekcji Higieny Pracy
PSSE w Słupsku

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Klauzula informacyjna Oddział Nadzoru Sanitarnego

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych ma zastosowanie wyłącznie do osób fizycznych, w tym osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą, oraz przedstawicieli i pracowników firm, których dane osobowe są przetwarzane w związku z realizacją obowiązku prawnego.

W związku z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119/1) (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) określanym w klauzuli dalej jako RODO informujemy, że od dnia 25 maja 2018 r. przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Słupsku.

1. Administratorem danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Słupsku będący jednocześnie Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Słupsku, zwany dalej „Administratorem”. Dane kontaktowe Administratora: 76-200 Słupsk, ul. Piotra Skargi 8, tel. 59-8431291, adres e-mail: psse.slupsk@sanepid.gov.pl
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych pod adresem pocztowym wymienionym w pkt 1 lub adresem e-mail: iod.psse.slupsk@sanepid.gov.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań przypisanych organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej tj. sprawowania zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzenia działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska, a także prowadzenia działalności oświatowo-zdrowotnej czyli działań wynikających z ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2024 r., poz. 416) oraz aktów wykonawczych do nich (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e, art. 9 ust. 2 lit. g, h, i, j RODO).
4. Odbiorcą danych będą tylko instytucje/urzędy upoważnione z mocy prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach ustawowych bądź o archiwizacji.
6. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także ich sprostowania (poprawiania). Przysługuje Pani/Panu także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO (uodo.gov.pl) gdy uzna Pani/Pan, że sposób przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO.
9. Pani/Pana a dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, nie będą poddawane profilowaniu.

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 24.03.2026 r.

Trzy Fale sp. z o.o. ↗
ul. Grunwaldzka 8A, 76-200 Słupsk
NIP 839-318-69-73 Regon 365469091

DYREKTOR
ds. utrzymania obiektu

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

F/HP/01 – Charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu pracy

F/HP/02 – Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach

F/HP/03 – Ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych

F/HP/09 Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin.

(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