

**ŚLĄSKI PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY**

ul. Raciborska 39, 40-074 Katowice

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 81.12.NS-HR.2025

Siemianowice Śląskie, 26.02.2025 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

- Katarzyna Drop, Oddział Higieny Radiacyjnej, Dział Nadzoru Sanitarnego, nr upoważnienia OPR.057.299.2024

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 2024 r., poz. 572)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany
Centrum Leczenia Oparzeń
im. dr Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie, (32) 735 76 00, clo@clo.com.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)
2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu
Centrum Leczenia Oparzeń
im. dr Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie, (32) 735 76 00, clo@clo.com.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)
3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pod nazwą Centrum Leczenia Oparzeń im. dr Stanisława Sakiela
w Siemianowicach Śląskich
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich
wspólników))
ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/
telefon/faks/poczta elektroniczna))
4. NIP 643 10 05 873 REGON 2721655010 PKD -
5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:
Mariusz Nowak, Dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)
6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*
Mariusz Nowak, Dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)
7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*
Agnieszka Chmura, IOR, Aleksandra Etmańska, fizyk medyczny/kierownik ds. administracyjnych
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 26.02.2025 r. godz. 10⁰⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:
Zgodnie z art. 65 pkt 1 Ustawy z dnia 06 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r., poz. 236, z późn. zm.)
4. Data i godzina zakończenia kontroli 26.02.2025 r. godz. 13⁰⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*
Nie dotyczy

28

6. Zakres przedmiotowy kontroli :

Kontrola spełniania warunków ochrony radiologicznej w związku z wnioskiem o wydanie opinii w zakresie prowadzenia działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych.

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

Sprawozdanie nr DL.9052.2.95.2021/01/S z pomiarów rozkładu mocy dawki promieniowania jonizującego X w otoczeniu aparatu rtg tomografu SPECT/CT typu Veriton-CT firmy Spectrum Dynamics Medical Ltd. wykonane w dniu 18.05.2021 r. przez Dział Laboratoryjny Oddział Badań Higieny Radiacyjnej WSSE w Katowicach.

Pomiary zostały wykonane dla opcji tomografii komputerowej: w sterowni, na korytarzu/komunikacji, w szatni, w pokoju socjalnym, na klatce schodowej, w pokoju opisowym, w „brudowniku”, na korytarzu; pod pracownią rtg – na korytarzu bloku operacyjnego; nad pracownią rtg nie wykonano pomiarów – dach.

Wartości dawki tygodniowej w żadnym z punktów pomiarowych nie przekraczają wartości dawki granicznej określonej jako dawka skuteczna dla osób z ogółu ludności.

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

- decyzja zezwalająca ŚPWIS Nr 378/2022 r. z dnia 02.09.2022 r. na uruchomienie i stosowanie tomografu komputerowego gamma kamery SPECT/CT typu Veriton CT System firmy Spectrum Dynamics Medical Ltd. /znak pisma NS-HR.9026.2.182.2022/,

- decyzja zezwalająca ŚPWIS Nr 377/2022 r. z dnia 02.09.2022 r. na uruchomienie pracowni rtg w zakresie Diagnostyki medycznej (tomografii komputerowej), wyposażonej w tomograf komputerowy gamma kamery SPECT/CT Veriton CT System firmy Spectrum Dynamics Medical Ltd. /znak pisma NS-HR.9026.2.182.2022/,

- Zezwolenie Nr D-22182 z dnia 11.03.2021 r. wydane przez Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki na wykonywanie działalności polegającej na uruchomieniu pracowni izotopowej klasy II oraz stosowaniu źródeł promieniotwórczych w pracowni izotopowej klasy II, zamierzonym podawaniu substancji promieniotwórczych w postaci otwartych źródeł promieniotwórczych ludziom w celu medycznej diagnostyki i leczenia oraz przechowywaniu źródeł i odpadów promieniotwórczych w magazynie odpadów promieniotwórczych (pomieszczenie E5/28),

- Decyzja Nr 1 z dnia 25.07.2023 r. zmieniająca zezwolenie Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki Nr D-22182 z dnia 11.03.2021 r. w zakresie liczby i aktywności źródeł promieniotwórczych objętych zezwoleniem,

- Zezwolenie Nr D-22184 z dnia 11.03.2021 r. wydane przez Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki na uruchomienie pracowni rentgenowskiej w Zakładzie Medycyny Nuklearnej (pomieszczenie E5/17a) przeznaczonej do stosowania urządzenia wytwarzającego promieniowanie jonizujące SPECT/CT VERITON CT 64 oraz stosowaniu urządzenia wytwarzającego promieniowanie w tej pracowni,

- Zezwolenie Nr D-23377 z dnia 25.07.2023 r. wydane przez Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki na zamierzone podawanie w pracowni SPECT/CT substancji promieniotwórczych w postaci otwartych źródeł promieniotwórczych ludziom w celu diagnostyki,

- wykaz źródeł promieniotwórczych; karty ewidencyjne dla każdego źródła:

Lp.	Postać źródła	Izotop promieniotwórczy	Aktywność lub wielkość poj. porcji	Inf. dodatkowe
1	O	Tc-99m	Do 1 TBq	-
2	O	I-123	Do 100 GBq	-
3	O	In-111	Do 100 GBq	-
4	Z	Co-57	740 MBq	Źródło kalibracyjne
5	Z	Cs-137	15 Mbq	Źródło kalibracyjne
6	O	Ga-67	Do 100 GBq	-
7	O	Tl-201	Do 1 TBq	-
8	O	Y-90	Do 100 GBq	-

- projekt osłon stałych przed promieniowaniem jonizującym dla pracowni rtg (pow. 43,0 m², wys. 2,7 m), wyposażonej w tomograf komputerowy gamma kamery SPECT/CT Veriton CT64, zaopiniowany przez ŚPWIS – opinia sanitarna Nr 42/2021 r. z dnia 03.03.2021 r. /znak pisma NS-HR.7040.7.2021/,

- instrukcje obsługi, rejestr wzorcowania i aktualne świadectwa wzorcowania sprzętu dozymetrycznego,

- wpis do urzędu rejestracji produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych dla aparatu rtg,

- sprawozdanie Nr 04/05/2024/MW/ /202405071038/ z dnia 16.05.2024 r. z testów badań parametrów fizycznych kamery SPECT – testów specjalistycznych aparatu rtg VERITON CT System typ CT64, wykonanych przez akredytowane Laboratorium Badawcze Aparatury do Medycznej Diagnostyki Obrazowej Synektik S.A., Warszawa /akredytacja PCA AB 703/; testy przeprowadzono w pełnym zakresie, zmierzone parametry nie przekraczają określonych wartości granicznych; aparat sprawny technicznie,
- sprawozdanie Nr TS-TK/231/AR/2024 z dnia 24.06.2024 r. z testów specjalistycznych aparatu rtg VERITON CT System typ CT64 moduł CT, wykonanych przez akredytowane Laboratorium GL CENTER Sp. z o.o., Mikołów /akredytacja PCA AB 1456/; testy przeprowadzono w pełnym zakresie, zmierzone parametry nie przekraczają określonych wartości granicznych; aparat sprawny technicznie,
- protokoły kontrolne z pozytywnymi wynikami z testów eksploatacyjnych codziennych, miesięcznych kwartalnych, półrocznych i rocznych systemu SPECT/CT wykonanych przez pracowników Pracowni Medycyny Nuklearnej,
- protokoły z kontroli parametrów fizycznych urządzeń radiologicznych – miernik aktywności bezwzględnej Comacer VIK-202,
- Instrukcja QP/ZMZ nr 1.4.1 „Program Zapewnienia Jakości w ochronie radiologicznej”,
- Instrukcja QP/ZMN nr 1.4.9 „Instrukcja pracy ze źródłami promieniotwórczymi”,
- System Zarządzania Sytuacjami Zdarzeń Radiacyjnych, System analizy zagrożeń,
- Instrukcja QP/ZMN nr 1.4.4 „Zakładowy Plan Postępowania Awaryjnego”,
- Dokumentacja dot. funkcjonowania ekip awaryjnych,
- Powołanie ekipy awaryjnej,
- Program szkoleń dla wewnętrznej ekipy awaryjnej wraz z potwierdzeniem przeszkolenia,
- Instrukcja QP/ZMN nr 1.4.6 dotycząca szczegółowych zasad postępowania na terenach nadzorowanych i kontrolowanych – „Tereny nadzorowane i kontrolowane”,
- Instrukcja QP/ZMN nr 1.4.11 „Instrukcja postępowania ze skażeniami”,
- Instrukcja QP/ZMN nr 1.4.10 „Instrukcja postępowania z odpadami promieniotwórczymi”,
- System rejestracji i analizy wystąpienia narażenia przypadkowego i ekspozycji niezamierzonych,
- Instrukcja QP/ZMN nr 1.4.3 „Plan zabezpieczenia źródeł”,
- Procedura postępowania z pacjentem i kobietami w ciąży (wpisane w procedurach medycznych),
- Opinia Inspektora Ochrony Radiologicznej,
- Ocena narażenia pracowników oraz osób z ogółu ludności związanego z działalnością wskazaną we wniosku i wynikające z tej oceny proponowane ograniczniki dawek dla pracowników i osób z ogółu ludności,
- zbiór przepisów prawnych,
- wykaz urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych wraz z podaniem ich podstawowych parametrów i daty uruchomienia, wykorzystywanych przy realizacji procedur,
- wykaz procedur medycznych – Leczenie chorób stawów Y-90,
- wykaz osób wykonujących procedury:
 - Aleksandra Etmańska, fizyk medyczny,
 - Aleksandra Hanzel, fizyk/technik elektroradiologii,
 - Michał Kalemba, lekarz medycyny nuklearnej,
 - Daniel Kramarczyk, fizyk/technik elektroradiologii,
 - Renata Prysok, technik elektroradiologii,
 - Michał Rojewski, fizyk/technik elektroradiologii,
 - Anna Solowska, pielęgniarka,
- certyfikaty potwierdzające ukończenie kursu oraz zdanie egzaminu z zakresu ORP oraz orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku,
- dokumentacja potwierdzająca objęcie pracowników zaliczonych do kategorii „B” kontrolnymi pomiarami dawek indywidualnych promieniowania jonizującego, dawek otrzymywanych na skórę dłoni, dawek otrzymywanych przez soczewki oczu /dozymetria prowadzona przez IFJ w Krakowie,
 - ewidencja dawek otrzymywanych przez pracowników, aktualne odczyty dawek,
 - program szkolenia wstępnego i okresowego w zakresie bezpieczeństwa jądowego i ochrony radiologicznej dla pracowników zatrudnionych w narażeniu na promieniowanie jonizujące, zatwierdzony przez kierownika jednostki organizacyjnej oraz dokumentacja potwierdzająca jego realizację,

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Załącznik nr 1 – klauzula informacyjna dot. RODO

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli

Nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

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

Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej podmiotu leczniczego – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pod nazwą: Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich przy ul. Jana Pawła II 2.

Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – nr księgi rejestrowej 000000013790.

Numer KRS 0000182167.

Zgodnie z oświadczeniem Strony, w stosunku do kontrolowanego podmiotu aktualnie nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne.

W jednostce umieszczone jest w widocznym miejscu oznaczenie słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych na terenie obiektu zgodnie z wymaganiami ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

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

W trakcie kontroli oceniano dokumenty i stan faktyczny dotyczący aparatu SPECT/CT składającego się z modułu 64-rzędowego tomografu komputerowego oraz modułu gamma kamery SPECT/CT typu **Veriton CT System** firmy **Spectrum Dynamics Medical Ltd**, numer fabryczny aparatu rtg – **40017**, numer lampy **167556**, typ lampy **DUNLEE DU 8008**, ognisko lampy 0,7 mm, filtracja powyżej 3,0 mm Al, grubość warstw po rekonstrukcji 0.625, 1.25, 2.5, 5.0, 7.5, i 10.0 mm, częstotliwość generatora HF, zakres napięć 80-140 kV, rok produkcji **2021**, rok instalacji **2022**, instalator **Health Technologies Sp. z o.o.**, Warszawa;

liczba głowic gammakamery – 12, liczba detektorów – 12, zakres energetyczny detektorów 40-220 keV., aparat rtg cyfrowy bezpośredni.

System SPECT/CT VERITO CT zainstalowany jest w pracowni rtg (pomieszczenie E5/17a) na trzecim piętrze budynku w Zakładzie Medycyny Nuklearnej z Pracownią SPECT/CT w Centrum Leczenia Oparzeń im. dr Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich przy ul. Jana Pawła II 2.

Pracowni rtg ma powierzchnię 43 m² oraz wysokość mierzoną między podłogą a sufitem podwieszanym 2,7 m.

Dla pracowni rtg wykonano dokumentację projektową osłon stałych – z dokumentacji wynika, że osłony spełniają wymagania zapewnienia bezpieczeństwa pod kątem ochrony radiologicznej przed promieniowaniem jonizującym, z uwzględnieniem dwóch źródeł promieniowania – lampy rentgenowskiej i stosowanych izotopów promieniotwórczych. projekt zaopiniowano bez zastrzeżeń – opinia sanitarna ŚPWIS Nr 42/2021 r. z dnia 03.03.2021 r. /znak pisma NS-HR.7040.7.2021/.

W otoczeniu pracowni rtg znajduje się: pomieszczenie socjalne, magazyn podręczny, pokój opisowy, ciąg komunikacyjny, sterownia aparatu SPECT/CT, ciąg komunikacyjny, klatka schodowa, biuro; pod gabinetem rtg – pomieszczenia szpitala – zespół sal operacyjnych, nad gabinetem rtg – brak pomieszczeń/przestrzeni instalacyjna, - ekspozycja jest wykonywana ze sterowni,

- zapewniona jest łączność głosowa i łączność wizualna pomiędzy personelem medycznym, a pacjentem przebywającym w pracowni rtg,

- drzwi pracowni rtg są oznakowane tablicą informacyjną ze znakiem ostrzegawczym przed promieniowaniem jonizującym,

- nad drzwiami prowadzącymi do pracowni SPECT/CT od strony sterowni i od strony komunikacji zainstalowana jest ostrzegawcza sygnalizacja świetlna sygnalizująca stan włączenia promieniowania,

- obok drzwi prowadzących do pracowni rtg umieszczono informację o konieczności powiadomienia rejestratorki i operatora aparatu rentgenowskiego, przed wykonaniem badania, o tym, że pacjentka jest w ciąży,

- oznakowanie terenów kontrolowanych oraz oznakowanie terenów nadzorowanych jest prawidłowe,

- numery fabryczne oraz inne dane odczytane z tabliczek znamionowych są zgodne z danymi zawartymi w dokumentacji (sprawozdanie z testów specjalistycznych, pomiary rozkładu mocy dawki wokół aparatu rtg oraz paszport techniczny),

- do pracowni izotopowej klasy II oraz magazynu źródeł i odpadów promieniotwórczych prowadzi śluza sanitarno-dozymetryczna, w której znajduje się bramka dozymetryczna,

- w każdym pomieszczeniu, w którym wykonywane są prace ze źródłami promieniotwórczymi rozmieszczony jest sprzęt dozymetryczny odpowiedni do wykrywania skażeń radioizotopami,

- pracownia rtg wyposażona jest w:

- miernik aktywności bezwzględnej VIK-202 firmy Comecer sn 22003-5051-01,

- bramkę dozymetryczną umożliwiającą pomiar skażeń promieniotwórczych HF-4D/SFP100D,

- elektroniczne dozymetry elektroniczne PM1610A,

- urządzenia umożliwiające pomiar mocy dawki, dawki oraz skażenia promieniotwórczego DoMo I,

- urządzenia umożliwiające pomiar skażenia promieniotwórczego CoMo 170,

- laminarna komora osłonna,

- kosz na odpady,

- ołowiane osłony na odpady medyczne, do przenoszenia strzykawek, osłony strzykawek, okulary ochronne, fartuch 0,5 mm Pb, osłona tarczycy 0,5 mm Pb, osłona na gonady 1,0 mm Pb (2 kpl.).

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

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. Wniesione/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu —naniesione/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** grzywny 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/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

D Y R E K T O R
CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

(czytelny podpis osoby obecnej podczas kontroli/
pieczęć imienna/pieczęć podmiotu)

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Radiacyjnej
starszy asystent

mgr Katarzyna Drob

czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 26.02.2025 r.

D Y R E K T O R
CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
41-100 Siemianowice Śląskie, ul. Jana Pawła II 2
Tel. 32 735 76 00, FAX 32 735 76 03
Księga rejestrowa 13790
NIP 643-10-05-873 REGON 272165010
-1-

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

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

Klauzula informacyjna do protokołu kontroli

Na podstawie art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „Rozporządzeniem RODO”, oraz art. 2a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz.572.)* informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach reprezentowana przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego/ Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej z siedzibą w Katowicach przy ul. Raciborskiej 39, e-mail: wsse.katowice@sanepid.gov.pl, telefon 32 351 23 15;
2. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach wyznaczyła inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować poprzez email iod@wsse.katowice.pl, telefon 32 351 23 15 lub pisemnie na adres siedziby Administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Dane osobowe są przetwarzane w celu :
 - realizacji zadań przypisanych organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej na mocy ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i innych ustaw szczególnych oraz aktów wykonawczych do nich;
 - przeprowadzenia kontroli przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne w zakresie bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego;
 - przeprowadzenia kontroli w celu zapobiegania chorobom zakaźnym i innym chorobom powodowanym warunkami środowiska oraz ich zwalczania na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i lit. e Rozporządzenia RODO oraz w związku z przepisami ustawy Prawo atomowe z dnia 29 listopada 2000 r.
4. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem ustawowym. Odmowa podania danych może skutkować :
 - skierowaniem wniosku o ukaranie do sądu na podstawie art. 38 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. 2024 r. poz. 416),
 - wymierzeniem kary pieniężnej za utrudnienie lub uniemożliwienie przeprowadzenia urzędowej kontroli żywności zgodnie z art. 103 ust.1 pkt 7 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. 2023r. poz. 1448)
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane lub mogą mieć do nich dostęp następujące kategorie odbiorców:
 - inne właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, inne organy administracyjne, sądy – jeżeli na mocy przepisów szczególnych administrator zobowiązany jest do przekazania im danych osobowych, bądź podmioty te są uprawnione do żądania udostępnienia takich danych,
 - inne strony lub uczestnicy postępowań, którym na mocy przepisów kodeksu postępowania administracyjnego przysługuje prawo wglądu w akta prowadzonego postępowania,
 - dostawcy usług, z których korzysta administrator celem zapewnienia wykonywania przez niego zadań, w tym dostawcy oprogramowania, dostawcy usług teleinformatycznych, operatorzy pocztowi;
6. Pani/Pana dane osobowe nie są przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych, nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania;
7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od dnia zakończenia kontroli lub postępowania administracyjnego zgodnie z symbolem B10 załącznika nr 5 Jednolity rzeczowy wykaz akt organów zespolonej administracji rządowej w województwie i urzędów obsługujących te organy – do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
8. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) w przypadku gdy przetwarzanie danych narusza przepisy Rozporządzenia RODO.