

WOJEWÓDZKA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W BYDGOSZCZY
85-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4
NIP 953-11-08-025 REGON 000293841

PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY
W BYDGOSZCZY
85-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4
tel. 376-18-00, tel./fax 345-98-40

POWIATOWY SZPITAL
w Aleksandrowie Kujawskim
Bródka 200

Wpł. 2017 -01- 27

L.dz. 945

Podpis

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 2/NHK/2017

Aleksandrów Kujawski, dnia 27 stycznia 2017 r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez Krystynę Kwaśniewską – Oddział Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi
(Nr upoważnień: 45/K/2017 i Nr 6)

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

Pracownika upoważnionego przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego
w Bydgoszczy. Upoważnienie do kontroli Nr 45/K/2016 zostało okazane przed jej rozpoczęciem.

(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 (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 1412 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 23 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie kujawskim Sp. z o.o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kujawski
tel. (54) 282 80 01 fax (54) 282 80 02 e-mail: spzcal@poczta.onet.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie kujawskim Sp. z o.o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kujawski
tel. (54) 282 80 01 fax (54) 282 80 02 e-mail: spzcal@poczta.onet.pl/ działalność lecznicza
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie kujawskim Sp. z o.o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kujawski

Rada Powiatu Aleksandrowskiego – organ założycielski

(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/REGON/PKD – odpowiednio NIP 891-153-01-26/REGON 911344332/PKD nie dotyczy

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Mariusz Trojanowski – Prezes Zarządu
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

nie dotyczy

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Anita Bolewicka – Kierownik ds. Administracyjno-Organizacyjnych

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)***II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 27.01.2017 r. godz. 8⁴⁵

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* 9.01.2017 r.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 27.01.2017 r. godz. 9⁵⁵

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

Sprawdzenie wykonania obowiązków zawartych w decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 501/2014 z dnia 5 grudnia 2014 r., zm. decyzją Nr 680/2015 z dnia 22 grudnia 2015 r.

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

nie dotyczy

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr

nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli: KRS 0000199929

Obecnie toczy się wobec kontrolowanego obiektu postępowanie administracyjne przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej – aktualna jest decyzja Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 15/2017 z dnia 9 stycznia 2017 r. w obszarze zagadnień higieny komunalnej.

Zgodnie z oświadczeniem dyrekcji podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne przed innymi organami administracji publicznej.

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

Wykonano następujące obowiązki określone w pkt. decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 501/2014 z dnia 5 grudnia 2014 r., zm. decyzją Nr 680/2015 z dnia 22 grudnia 2015 r.:

na Oddziale Psychiatrycznym:

pkt 1 – doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego ściany i sufity w salach chorych nr: 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11,

pkt 2 – doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego ściany w magazynie bielizny czystej, brudowniku wraz z pomieszczeniem porządkowym,

pkt 3 – doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego ściany w świetlicy,

pkt 4 – doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego sufity: w łazience i w WC,

pkt 5 – doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego listwę drzwiową w WC,

pkt 6 – doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego ściany i sufit w korytarzu,

pkt 7 – doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego parapety w magazynie bielizny czystej, brudowniku wraz z pomieszczeniem porządkowym, korytarzu od strony windy.

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. ~~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).....
(podstawa prawna)
5. Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego nr 11/G/2017 z dnia 2.01.2017 r. wydane przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy
(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

nie dotyczy

(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

Kierownik
ds. administracyjno-organizacyjnych
[Signature]
mgr Anita Bolewicka

POWIATOWY SZPITAL
w Aleksandrowie Kujawskim
Spółka z o.o.
87-700 Aleksandrów Kujawski
ul. Słowackiego 18. tel. 54 282 80 01
NIP 891-15-30-126

.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Asystent Oddziału
Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi
WSSE w Bydgoszczy
[Signature]
Krzyszyna Kwaśniewska

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 27-01-2017

PREZES
mgr Mariusz Trojanowski
[Signature]

POWIATOWY SZPITAL
w Aleksandrowie Kujawskim
Spółka z o.o.
87-700 Aleksandrów Kujawski
ul. Słowackiego 18. tel. 54 282 80 01
NIP 891-15-30-126

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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