

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NHS – 10/22

Aleksandrów Kujawski, dn. 18.01.2022r.

przeprowadzonej przez

Joannę Łątkowską – starszego asystenta N.HK, upoważnienie nr PIS.012-2-9/22,

Renatę Gralak – starszego asystenta Sekcji N.CP, upoważnienie nr PIS.012-2- 6/22 ,

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

pracownika(-ów) upoważnionego(-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Aleksandrowie Kujawskim.

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) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2021r. poz. 735 z późn.zm.).



I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.

ul. Słowackiego 18

87-700 Aleksandrów Kujawski

tel. 54 282 80 01, 787 795 870

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.

ul. Słowackiego 18

87-700 Aleksandrów Kujawski

tel. 54 282 80 01, 787 795 870

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Pan Mariusz Trojanowski - Prezes

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

ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski

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

NIP/REGON/PKD – NIP **8911530126**, REGON **911344332**, PKD - 86.10.Z; 47.73.Z; 86.21.Z; 86.22.Z; 86.90.A; 86.90.B; 86.90.E

4. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pan Mariusz Trojanowski - Prezes

(imię i nazwisko/stanowisko)

5. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Pani Anita Bolewicka – Kierownik d/s administracyjno-organizacyjnych

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

6. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

nie dotyczy.....

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **18.01.2022r., godz. 10:00**
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*:
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **w związku z bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia (COVID-19) art.48 ust.11 pkt.4 ustawy z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2021r. poz. 162)**
4. Data i godzina zakończenia kontroli: **18.01.2022r., godz. 10:45**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: **nie dotyczy**
6. Zakres przedmiotowy kontroli
sprawdzenie wykonania zaleceń zapisanych w pkt III.4 protokołu nr NHŚ-5/22 z dnia 05.01.2022r.
Wyposażenie użyte podczas kontroli*
dokumentacja kontrolna, upoważnienie nr PIS.012-1-41/2022 (nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
7. Podczas kontroli ~~wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**~~ -nr i nazwa protokołu/ów*
nie dotyczy
8. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*
nie dotyczy
9. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
nie dotyczy
10. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
nie dotyczy
11. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
12. 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 dniu kontroli w stosunku do kontrolowanego podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne. KRS: 0000199929
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarnohigienicznego
W dniu kontroli stwierdzono:
a) zalecenie zapisane w pkt III.4 dotyczące wykonania niezbędnych prac malarskich i porządkowych w pomieszczeniu garażu zostało wykonane – przeprowadzono prace porządkowe, wykonano prace malarskie ścian oraz sufitu, posadzkę betonową zabezpieczono wykładziną PCV
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. ~~Wnieiono~~/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 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**
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
.....

POWIATOWY ZESPÓŁ
w Aleksandrowie Kujawskim
Spółka z o.o.
67-700 Aleksandrow Kujawski
ul. Słowackiego 18 tel. 54 282 80 0
NIP 291-15-20-125

Kierownik
dz. administracyjno-organizacyjnej

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

STARSZY ASYSTENT
mgr inż. Joanna Łętkowska

ASZY ASYSTENT
Renata Gralak

STARSZY ASYSTENT
mgr Renata Gralak

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu **18.01.2022r.**

POWIATOWY ZESPÓŁ
w Aleksandrowie Kujawskim
Spółka z o.o.
67-700 Aleksandrow Kujawski
ul. Słowackiego 18 tel. 54 282 80 0
NIP 291-15-20-125

Kierownik
dz. administracyjno-organizacyjnej

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

W trakcie kontroli wykorzystane/nie wykorzystano formularza 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