

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

Wpł. 2015 -03- 18

L.dz. 2050

Podpis

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 14/NHK/2015

Aleksandrów Kujawski 18 marca 2015 r.  
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Krystynę Kwaśniewską – asystenta Oddziału Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi - Nr upoważnień: 31/K/2015 i 22/2015

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika upoważnionego przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy. Upoważnienie do kontroli Nr 31/K/2015 zostało okazane przed jej rozpoczęciem.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 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 2013 r. poz. 267 z późn. zm.).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

**I.1. Zakład/obiekt kontrolowany:** (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

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

**I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:**

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.  
ul. Słowackiego 18  
87-700 Aleksandrów Kujawski  
Organ założycielski: Rada Powiatu Aleksandrowskiego

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

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

**I.3. NIP 891 – 153 – 01 - 26 REGON 911344332 PESEL nie dotyczy**

**Kierujący zakładem/obiektom kontrolowanym:** (imię i nazwisko, stanowisko)

Mariusz Trojanowski – Prezes Zarządu

**I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę\***

(imię i nazwisko, stanowisko)

Anita Bolewicka – Kierownik ds. Administracyjno-Organizacyjnych

**I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę\*** (imię i nazwisko, ewentualnie adres):  
nie dotyczy

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

**II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** 18 marca 2015 r. godz. 9<sup>00</sup>

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:**

Sprawdzenie wykonania obowiązków zawartych w decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 463/2013 z dnia 2 grudnia 2013 r., zm. decyzją Nr 534/2014 z dnia 19 grudnia 2014 r.

### III. WYNIKI KONTROLI:

**III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiektie** (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.): KRS 0000199929

Obecnie toczy się wobec kontrolowanego podmiotu postępowanie administracyjne przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej – aktualne są decyzje Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy: Nr 463/2013 z dnia 2 grudnia 2013 r., zm. decyzją Nr 534/2014 z dnia 19 grudnia 2014 r. oraz Nr 501/2014 z dnia 5 grudnia 2014 r. w obszarze zagadnień higieny komunalnej.

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

Wykonano następujące pkt. decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 463/2013 z dnia 2 grudnia 2013 r., zm. decyzją Nr 534/2014 z dnia 19 grudnia 2014 r.:

**w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy**

pkt. 6 - doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego ściany w magazynie bielizny czystej,

pkt. 10 - doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego ściany w sali ćwiczeń,

pkt. 14 – całkowicie zlikwidowano stojaki do parawanów w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym z wanną,

pkt. 15 - doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego baterię umywalki w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym,

pkt. 16 - doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego uchwyty przy natrysku w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym przystosowanym dla osób niepełnosprawnych,

pkt. 17 - doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego podest w magazynie pampersów,

pkt. 19 - zapewniono uchwyty przy umywalkach w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym przystosowanym dla osób niepełnosprawnych,

pkt. 20 - zapewniono pojemniki do ręczników jednorazowych oraz dozowniki z mydłem w płynie w dwóch pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych w tym w jednym przystosowanym dla osób niepełnosprawnych,

pkt. 21 - zapewniono dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym w pomieszczeniu porządkowym.

**III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*:**

nie dotyczy

**III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów\***

nie dotyczy

**III.4. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów:**

nie dotyczy

---

**III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:**

nie dotyczy

---

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

nie dotyczy

---

**V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu\***

nie dotyczy

---

**VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.**

**Wnoszę/nie wnoszę\*\*** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

---

**VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. .... nie nałożono/ nałożono\*\*** mandat karny na .....

(imię i nazwisko, stanowisko)

..... w wysokości ..... na podstawie art. ....  
 (nr mandatu karnego) ..... (podstawa prawna)  
 Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego z dnia ..... nr .....

**Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono\*\***

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

**Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania\*\*.**

**W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.**

**Dokonano/nie dokonano\*\* wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli\*\***

**Wydano/nie wydano\*\* na podstawie art. 31 § 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej \*\***

**Data i godz. zakończenia kontroli: 18.03.2015 r. godz. 11<sup>30</sup> Łączny czas kontroli: 2,5 godz.**

PROKURENT

*Anita Botewicka*  
 Anita Botewicka

(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

PROKURENT

*inż. Mariola Makowska*  
 inż. Mariola Makowska

Kierownik  
 ds. administracyjno-organizacyjnych

*Anita Botewicka*  
 Anita Botewicka

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Asystent Oddziału  
 Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi

WSE w Bydgoszczy  
*Krysztyna Kwaśniewska*  
 Krysztyna Kwaśniewska

(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

## POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

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

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

PROKURENT

*Anita Botewicka*  
 Anita Botewicka

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

PROKURENT

*inż. Mariola Makowska*  
 inż. Mariola Makowska

**POUCZENIE:** Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.  
 Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

\* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* - właściwe zakreślić