

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

W BYDGOSZCZY
5-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4
tel./fax 245-98-40

PROTOKÓŁ KONTROLI

Vol. 2014 -07- 30

Podpis

Aleksandra Kujawski 30.07.2014

(Miejscowość i data)

Nr NEP. 38. 2014

przeprowadzonej przez Annę Waleria Mytenta, nr upoważnienie
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

34.IK/2014 dnia 30.07.2014
22. Miejsko, wojewódzkiego Mytenta, nr upoważnienie
35.IK/2014 dnia 30.07.2014

pracownika (-ów)
upoważnionego (-ych) przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy
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 2011r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), w związku 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. Stawowa 18 87-700 Aleksandrow Kujawski
tel (54) 28218001

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

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.
ul. Stawowa 18 87-700 Aleksandrow Kujawski
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

Organ Zarządcy - Stowarzyszenie w Aleksandrowie Kujawskim
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

I.3. NIP 891-153-01-26 REGON 811344332 PESEL nn domy

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

Marek Trojnowski - p.n.a. Łangala

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)

Beata Rusch - Pielgniarka Epidemiologiczna

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

nn domy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 30.07.2014 o 9:30

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Sprzedaż mięs wędlin i wyrobów cukierniczych
wznowienie decyzji administracyjnej nr 463/2013 z dnia 02 grudnia 2013 r. w pkt 22 oraz przetrzymanie zap. od 11.07.2013 o odmowie wydania pmd wartytobowi wyrobie tytoiu i wyrobów tytoiu

III. WYNIKI KONTROLI:

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

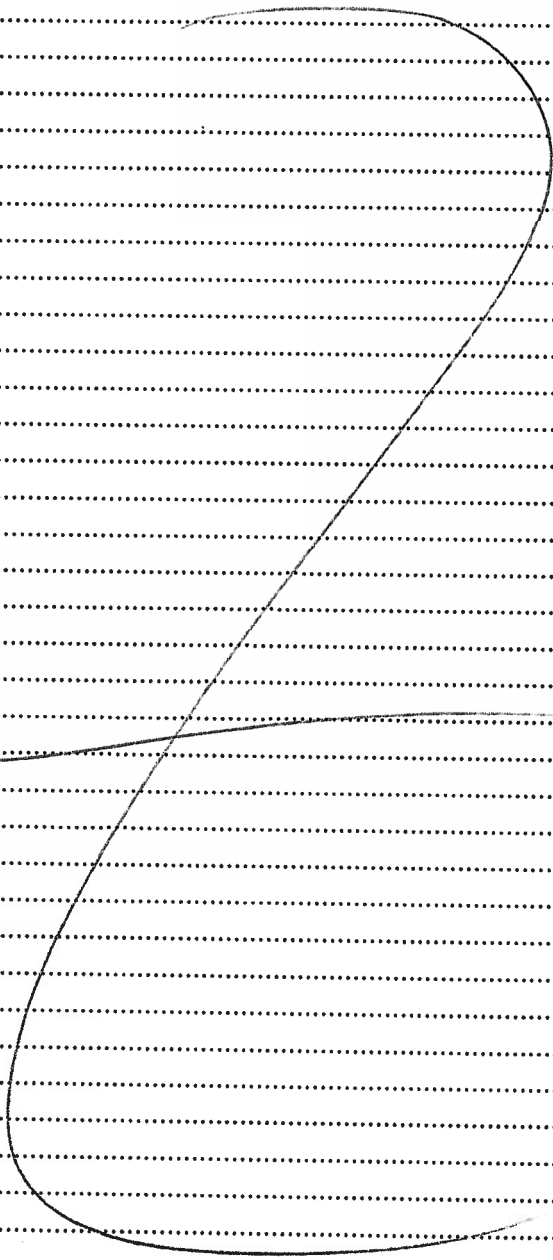
KRS 0000199929

ad pkt 22 - wykonano - powołano do sądu

Współni kontroli Komarii Szpitalnej spełniły

W składzie mikrobiologii indywidualnej...
 Prace...
 Wykazem Sp. z o.o. Nr 8/2014 z dnia 30.06.2014r.

W sprawie...
 Wykazem...
 Wykazem... z dnia...



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 dołączył

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

..... w wysokości..... na podstawie art.
(nr mandatu karnego) (imię i nazwisko, stanowisko) (podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywn 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: 30.07.2014 r. 10³⁰

Łączny czas kontroli: 1 godz.

POWIATOWY SZPITAL
w Aleksandrowie Kujawskim
Spółka z o.o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrow Kujawski
NIP: 801 500 540

PREZES

mgr Mariusz Trojanowski

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

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Wojewódzka Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy
Oddział Nadzoru Przeciwepidemicznego

mgr Anna Szustkiewicz

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

Wojewódzka Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy
Oddział Nadzoru Przeciwepidemicznego

mgr. asystent Róża Mielowska

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 30.07.2014 r. ✓

POWIATOWY SZPITAL
w Aleksandrowie Kujawskim
Spółka z o.o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrow Kujawski
NIP: 801 500 540

PREZES

mgr Mariusz Trojanowski

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

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

