

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
54-200

Vol. 2014 -07- 30

5497
A110-2-N14PE
BHP

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 43/NHK/2014

Aleksandrów Kujawski 30 lipca 2014r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Krystynę Kwaśniewską – asystenta Oddziału Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi - Nr upoważnień: 10/K/2014 i 59/2014

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

pracowników upoważnionych przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy. Upoważnienie do kontroli Nr 10/K/2014 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 (Dz. U. z 2011r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), 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 2013r. poz. 267).

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: Starostwo Powiatowe w Aleksandrowie Kujawskim

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

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / 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)

Katarzyna Jabłońska – Specjalista ds. BHP i p.poż.

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: 30 lipca 2014r. godz. 9⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

Sprawdzenie wykonania obowiązku zawartego w decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 463/2013 z dnia 2 grudnia 2013r.

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

Obecnie toczy się wobec kontrolowanego obiektu postępowanie administracyjne przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej – aktualna jest decyzja Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 463/2013 z dnia 2 grudnia 2013r.

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

Wykonano następujący pkt. decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 463/2013 z dnia 2 grudnia 2013r .:

na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym

na Odcinku Ginekologicznym

pkt. 1 - doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego stoliki przyłóżkowe w salach chorych.

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 grzywien 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: 30.07.2014r. godz. 10⁰⁰ **Łączny czas kontroli:** 1 godz.

P R E Z E S

mgr. Mariusz Trzpiński
(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Asystent Oddziału
Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi
WSSE w Bydgoszczy
Krzysztof Kwasniewski
Krzysztof Kwasniewski

Specjalista ds. BHP i PPOŻ
Katarzyna Jabłomska
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

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

POWIATOWY SZPITAL
w Aleksandrowie Kujawskim
Spółka z o.o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kuj.
NIP 8911530126

P R E Z E S

mgr. Mariusz Trzpiński
(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