

(Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej)

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 126/HP/22

NS.HP.9020.83.ED.2022

Kłodzko, dnia 05 października 2022 r.

przeprowadzonej przez sekcja Higieny Pracy upoważnienie do wykonywania czynności kontrolnych nr upoważnienia stałego CK 9/20.

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. 2021 poz. 195) w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2000).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany: „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko telefon 74 865 12 01 e-mail: bhp@zoz.klodzko.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego: „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko, tel. 74 865 12 01 PKD: 8610 Z działalność szpitali

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku

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

57-300 Kłodzko, ul. Szpitalna 1a.

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

4. NIP/REGON/PKD 883-15-98-671/ 000316418/ PKD 8610 Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

dr n. zdr. Jadwiga Radziejewska - Dyrektor” Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku

(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* - starszy inspektor ds. bhp.

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 05 października 2022 r., godz. 08.25.

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* - podmiot nie stanowi przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: podmiot nie stanowi przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 05 października 2022 r., godz. 10.00.
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola sprawdzająca wykonanie zaleceń zawartych w decyzji nr 1493/22 z dnia 18.08.2022 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:
- Formularz F/HP/02 Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach
Formularze nie stanowią integralnej części protokołu kontroli, dostępne są w siedzibie PSSE w Kłodzku ul. S. Okrzei 16, są udostępnione na wniosek kontrolowanego.

III. WYNIKI KONTROLI

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

KRS 000058460 Przeważająca działalność: Numer PKD – 8610 Z - działalność szpitali.

Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku
ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko tel. 74 865 12 01

Organ nadzorujący: Powiat Kłodzki, własność samorządowa.

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

Kontrola sprawdzająca. Sprawdzono wykonanie zaleceń Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku ujętych w decyzji nr 1493/22 z dnia 18 sierpnia 2022 r.

W wyniku kontroli stwierdzono:

Od. pkt.1. wykonano - doposażono pomieszczenie spożywania posiłków własnych w zlewozmywak do mycia naczyń własnych.

Od. pkt.2 wykonano - doposażono pomieszczenie spożywania posiłków w szafki do przechowywania własnych posiłków.

Od. pkt.3. wykonano - zapewniono dwudzielne szafki do przechowywania odzieży własnej i roboczej.

W obiektach umieszczonych są prawidłowe oznakowania o zakazie palenia zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z dnia 09.11.1995r (Dz. U. z 2021 r, poz. 276 z późn. zm.).

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli : 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 grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia.....

wydane przez

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczona 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

DYREKTOR
„Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku
57-300 KŁODZKO, ul. Szpitalna 1a

dr n. o zdr. Janina Radziejewska

STARSZY INSPEKTOR
(czytelny podpis osób dozorujących podczas kontroli)
ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy

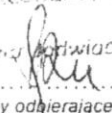
ASYSTENT
Powiatowej Stacji San.-Epid.
w Kłodzku

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarno-epidemiologicznej otrzymałem(-am) w dniu 05.10.2022 r.

BYREŃ
„Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku
57-300 KŁODZKO, ul. Szpitalna 10

dr n. o. n.  Ródciejewska

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano /nie wykorzystano formularze kontroli** jak w pkt.13.

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