POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZ
w KŁODZKU
57-300 Kłodzko, ul. Stefana Okrzei
tel. 074 867 35 26, 867 33 23, fax 074 867
NIP 883-10-36-080 REGON

„Zespół Opieki Zdrowotnej"
w Kłodzku

wpłynęło 28 PAŹ 2026 wysłano
L.dz 7840
znak sprawy
podpis

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 183/EP/26

EP.9020.177.2026.EK

Kłodzko, dnia 27 października 2026 roku
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez , Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia stałego: CK 60/25
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku.

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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 2024 r. poz.416 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 (Dz. U. z 2025 r. poz. 1691).~~

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

   „Zespół Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko

   tel. 74 8651200, faks: 74 8674066, poczta elektroniczna: sekretariat@zoz.klodzko.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

   „Zespół Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko
   tel. 74 865 12 26, faks: 74 8674066, poczta elektroniczna: sekretariat@zoz.klodzko.pl

   Rodzaj prowadzonej działalności: 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))

   ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko, , faks: 74 8674066, poczta elektroniczna: sekretariat@zoz.klodzko.pl
   (adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD odpowiednio

   NIP: 8831598671, REGON: 000316418 , PKD: 86.10.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym

   Jadwiga Radziejewska – Dyrektor „Zespołu Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku
   (imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu* Pani Pielęgniarka Epidemiologiczna, pełnomocnictwo z dnia 27.10.2026 r. wydane przez Dyrektora „Zespołu Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku Panią Jadwigę Radziejewską

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* nie dotyczy *(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 27 października 2026 roku, godz. 10: 50

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Podmiot nie prowadzi działalności gospodarczej w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2028 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2025 r. poz. 1480 z późn. zm.)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 15 października 2026 roku, godz. 11.15
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: sprawdzenie wykonania obowiązków nałożonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku w drodze postępowania administracyjnego (Decyzja nr 2269/25 z dnia 04 listopada 2025 r. punkt 1- 3 z terminem wykonania do 30 września 2026 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*:

1) Pełnomocnictwo pisemne wydane dla Pani
2) Klauzula RODO

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli: nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

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

   Numer PKD – 86.10Z (Działalność szpitali)
   Aktualnie wobec obiektu Zespole Opieki Zdrowotnej w Kłodzku, ul. Szpitalna 1A, 57-300 Kłodzko prowadzone jest postępowanie administracyjne na podstawie decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku:
   nr 322/19 z dnia 28 marca 2019 roku, nr 644/22 z dnia 29 kwietnia 2022 roku, nr 1434/23 z 10 lipca 2023 roku, nr 1436/23 z dnia 10 lipca 2023 roku, nr 280/24 z dnia 31 stycznia 2024 roku, nr 363/24 z dnia 14 lutego 2024 roku, nr 1510/25 z dnia 31 lipca 2025 roku, nr 787/26 z dnia 19 maja 2026 roku, nr 863/26 z dnia 2 czerwca 2026 roku, nr 1184/26 z dnia 6 sierpnia 2026 roku, nr 1465/26 z dnia 28.09.2026 r.

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

W dniu 27 października 2026 roku przeprowadzono kontrolę sprawdzającą wykonanie obowiązku decyzji Państwowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku nr 2269/25 z dnia 04 listopada 2025 r. dotyczącej punktów 1-3 w Oddziale Ginekologiczno- Położniczym i Neonatologicznym- punkcie szczepień w „Zespole Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko- punkt szczepień o brzmieniu:

1. Doprowadzić do prawidłowego stanu sanitarno-technicznego powierzchnię powłoki malarskiej ścian i sufitu w Sali Obserwacyjnej Fototerapia (punkcie szczepień), na której są liczne ciemne naloty, pęknięcia, ubytki. Doprowadzić do prawidłowego stanu sanitarno- technicznego połączenie powierzchni ścian z podłogą, które wykonane jest w sposób uniemożliwiający jego skuteczne mycie oraz dezynfekcję - liczne

pęknięcia, ubytki; W dniu kontroli sprawdzono powierzchnię malarską ścian i sufitu oraz połączenie ścian z podłogą w Sali Obserwacji Fototerapii (punkt szczepień). Powierzchnia ścian i sufitu pomalowana, gładka zmywalnej. Nie stwierdzono ciemnych nalotów i pęknięć. Połączenie ścian z podłogą uzupełniono, bez rozszczelnień umożliwiające prawidłowe mycie i dezynfekcję. **Obowiązek wykonano**.

2. Doprowadzić do prawidłowego stanu sanitarno- technicznego drzwi wejściowe prowadzące do Sali Obserwacyjnej Fototerapia (punktu szczepień) z ubytkami w powłoce zewnętrznej drzwi; W dniu kontroli sprawdzono stan sanitarno- techniczny drzwi wejściowych prowadzących do Sali Obserwacyjnej Fototerapia (punktu szczepień). Powłoka drzwi odmalowana, gładka, bez ubytków co umożliwia prawidłowe mycie i dezynfekcję. **Obowiązek wykonano**.

3. Doprowadzić do prawidłowego stanu sanitarno-technicznego powierzchnię powłoki malarskiej ścian i sufitu w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla personelu, na której są liczne ciemne naloty, zacieki, pęknięcia, ubytki. W dniu kontroli sprawdzono powierzchnię malarską ścian i sufitu w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla personelu. Powierzchnia ścian i sufitu pomalowana, bez ciemnych nalotów i pęknięć, o powierzchni gładkiej zmywalnej. **Obowiązek wykonano**

W trakcie kontroli stwierdzono wykonanie obowiązków nr 1-3 w całości decyzji PPIS w Kłodzku nr 2269/25 z dnia 04 listopada 2025 r.

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. ~~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 pkt – nie nałożono/~~nałożono~~** grzywnę w drodze mandatu karnego na

   (imię i nazwisko/stanowisko)

   (nr mandatu karnego) (nr mandatu karnego)

   (podstawa prawna)

   (nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

5. ~~5.~~ Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

6. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

   Nie dotyczy
   (imię i nazwisko/adres)

7. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

8. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/~~nie zapoznano się~~ **

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

.....

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

.....

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 27.10.2026

„Zespół Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku
ul. Szpitalna 1a, 57-300 KŁODZKO
tel. 74 865 12 01, fax 74 867 40 66
NIP 883-15-08-[illegible] REGON 000316418

.....

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli**: nie dotyczy *(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*