

**PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY  
W GLIWICACH**

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

SZPITAL CHOROÓB PŁUC im. Św. Józefa w Pilchowicach		
Otrzymano ..... 13 LUT. 2026		
Załączn.	Zamów	Nr sprawy

Załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/01  
„Sposób wykonywania kontroli w ramach zapobiegawczego  
i bieżącego nadzoru sanitarnego w tym zapobiegania  
i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń”  
wydanie z dnia 14.03.2016

Strona 1 z 4

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 26/NS-EP/2026**

*Pilchowice 13.02.2026r.*  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariusza publicznego

*Anita Zasada, Sekcja Higieny Pracy i Nadzoru nad Chemikaliami numer upoważnienia OK/057/72/26*

*Joanna Juraszek, Sekcja Epidemiologii numer upoważnienia SSP/057/22/24*

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego  
w Gliwicach

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2024r. poz. 416), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2025r., poz. 1691).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

*SZPITAL CHOROÓB PŁUC IM. ŚW. JÓZEFA W PILCHOWICACH*

*ul. Dworcowa 31 44-145 Pilchowice*

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

*Szpital ul. ul. Dworcowa 31 44-145 Pilchowice*

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymaga

*Joanna Niestrój-Ostrowska - Dyrektor Szpitala*

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

*Funkcję organu założycielskiego pełni Urząd Marszałkowski*

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

4. NIP/REGON/PKD/odpowiednio 9691162275

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

*Joanna Niestrój-Ostrowska - Dyrektor Szpitala*

*(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\*  
*Małgorzata Karmańska- Specjalista ds. BHP*

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli *13.02.2026r. godz. 13<sup>00</sup>*
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* *Nie dotyczy*
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *nie dotyczy*
4. Data i godzina zakończenia kontroli *13.02.2026r. godz. 14<sup>30</sup>*
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* *Nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli

*Kontrola sprawdzająca wykonanie zarządzeń decyzji administracyjnej*

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 i/lub obrazu\* *Nie dotyczy*
10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów *Nie dotyczy*
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
  12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

*nie dotyczy*

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr: *nie dotyczy*

## III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli  
*KRS 0000050139*  
*Numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą 000000013979*
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

Przeprowadzono kontrolę sprawdzającą wykonanie zarządzeń decyzji administracyjnej nr NS-EP.9022.1.213.2025 z dnia 30.07.2025r.

W trakcie kontroli stwierdzono :

pkt 1 - Zapewniono i udokumentowano wydanie odzieży roboczej pracownikom gospodarczym oraz środków ochrony indywidualnej

pkt 2 - Zapewniono właściwy stan higieniczno-sanitarny pomieszczeń pracy: pomieszczenia gospodarczego -warsztatu

pkt 3 - Zapewniono właściwy stan pomieszczeń higieniczno-sanitarnych tj. w pomieszczeniu szatni dla pracowników gospodarczych oraz w toalecie dla pracowników zlokalizowanej na II piętrze budynku szpitala.

Decyzję uważa się za zakończoną

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 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 grzywn w drodze mandatu karnego nr..... z dnia .....  
wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach  
*(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)*
6. Osoba ukarana została pouczone 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
- .....

D Y R E K T O R

*lek. med. Joanna Nęstrój-Ostrowska*

.....  
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeń imienna/pieczeń podmiotu)

w imieniu PPIS w Gliwicach funkcjonariusz publiczny

STARSZY ASYSTENT

*mgr Anita Zasada*  
Sekcja Higieny Pracy i Nadzoru Nad Chemikaliami  
PSSE w Gliwicach

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO  
Sekcja Epidemiologii  
Starszy Asystent

*mgr Joanna Juraszek*

.....  
(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęcie imienne)

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 13.02.2026r.

D Y R E K T O R

*lek. med. Joanna Nęstrój-Ostrowska*

.....  
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

SZPITAL CHOROÓB PŁUC  
im. św. Józefa w Pilchowicach  
44-145 Pilchowice, ul. Dworcowa 31  
tel. centr. 32 331 99 00, fax 32 331 99 08  
NIP 969-11-62-275, REGON 276215293

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli\*\* zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Gliwicach\*\*.

**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