

off u p. Bielecki  
07

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 466/1207/NS/HK/19**

*Pilchowice, 25.06.2019 r.*  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

*Joannę Walczyk, Sekcja Higieny Komunalnej, nr upoważnienia SSP/0131/80/19*  
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

*Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach*  
(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 2019 r., poz. 59) w związku z art. 67 §1 oraz 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 2096 ze zm.)

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

*Szpital Chorób 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 Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach*

*ul. Dworcowa 31*

*44-145 Pilchowice*

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

*lek. med. Joanna Nistrój-Ostrowska- Dyrektor Szpitala*

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

*ul. Dworcowa 31*

*44-145 Pilchowice*

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 9691162275 / 276215293 / 86.10.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

*lek. med. Joanna Nistrój-Ostrowska - Dyrektor Szpitala*

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

*inż. Dariusz Bieniek – Kierownik Działu Administracyjno- Eksploatacyjnego*

(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: 25.06.2019 r. godz. 14<sup>30</sup>
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* ..... *nie dotyczy* .....
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *Podmiot nie podlega pod ustawę z dnia 6 marca 2018 r. Prawo Przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646 ze zm.)*
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 25.06.2019 r. godz. 15<sup>00</sup>
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* ..... *nie dotyczy* .....
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
*kontrola doraźna w zakresie spełnienia wymagań jakości wody ciepłej (Legionella sp.)*
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  
*Sprawozdanie z badań nr L/BŚ-1/140/1/19 z dnia 24.06.2019 r. Oddział Laboratoryjny Sekcja Badań Środowiskowych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gliwicach.*
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:  
..... - .....
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
..... *nie dotyczy* .....
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr..... - .....

**III. WYNIKI KONTROLI**

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

*Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach jest Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej. Działa na podstawie wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000050139. Wpisany jest również do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Wojewody Śląskiego (nr księgi rejestrowej 000000013979).*

..... - .....

..... - .....

..... - .....

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

Obecnie nie jest prowadzone postępowanie administracyjno-egzekucyjne w stosunku do kontrolowanego obiektu. Przeprowadzona kontrola doraźna na podstawie wyników badań próbek wody pobranych dnia 11.06.2019 r. z instalacji ciepłej wody użytkowej w Szpitalu Chorób Płuc im. św. Józefa przy ul. Dworcowej 11 w Pilchowicach (Sprawozdanie z badań nr L/BŚ-1/140/1/19 z dnia 24.06.2019 r. Oddział Laboratoryjny Sekcja Badań Środowiskowych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gliwicach) wykazała zgodność z wymaganiami § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. z 2017 r., poz. 2294), w punktach poboru:

- próbka nr 616: punkt najbliższy: izba przyjęć - kran w łazience – 0 jtk/100ml,
- próbka nr 617: punkt pośredni: Pododdział gruźliczy - kran w łazience męskiej – 75 [56;101] jtk/100ml,
- próbka nr 618: punkt pośredni: kran w łazience dla personelu – 27 [18;41] jtk/100ml,
- próbka nr 619: punkt najdalszy: Oddział I - kran w łazience damskiej – 14 [8;25] jtk/100ml.

przy najwyższej dopuszczalnej wartości dla Legionella sp. zgodnie z częścią A załącznika nr 5 do ww. rozporządzenia <100 jtk/100ml.

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 grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

.....

(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

.....

SZPITAL CHORÓB PŁUC  
im. Św. Józefa w Pilchowicach  
44-145 Pilchowice, ul. Dworcowa 31  
NIP 969-11-62-275 Regon 276215293  
tel centr (32) 235-65-27, fax (32) 235-65-68

KIEROWNIK  
Działu Administracyjno-  
Eksploatacyjnego  
inż. Dariusz Bieniek

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczęć imienna/pieczęć podmiotu)

Wolczyk  
czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu: ..... 25.06.2019 .....

SZPITAL CHORÓB PŁUC  
im. Św. Józefa w Pilchowicach  
44-145 Pilchowice, ul. Dworcowa 31  
NIP 969-11-62-275 Regon 276215293  
tel centr (32) 235-65-27, fax (32) 235-65-68

KIEROWNIK  
Działu Administracyjno-  
Eksploatacyjnego  
inż. Dariusz Bieniek

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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 ustale 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