

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OHK.9022.4.16.2018.KTP

Pruszcze Gdańskie, 13.12.2018

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Katarzynę Tomczyk-Paszkiwicz, Oddział Higieny Komunalnej, nr upoważnienia 21/2018

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

Pracownika upoważnionego przez Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego.

(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 2017 r., poz. 1261 ze zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 kpa

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe ul. Reuiborskiego-
83-000 Pruszcze Gdańskie, tel. 58 773 3030

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe ul. Reuiborskiego
83-000 Pruszcze Gdańskie

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Pani Anna Odręcka - dyrektor pogotowia

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

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 593-221-85-62/191983891/86 90 Bi 85.14 B

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Anna Odręcka - dyrektor pogotowia

(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*

Pani Marianna Mizerka - Pielęgniarka koordynator

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 13.12.2018 r. godz. 10:30

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

...nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

4. Data i godzina zakończenia kontroli 13.12.2018 r. godz. 11:46

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola stanu sanitarno-higienicznego oraz realizacja ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

F1/PK/01 Wydanie 3 z dnia 2016-03-14

ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Pogotowia Ratunkowego
w Pruszcze Gdańskim
Anna Górska

12

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

ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEMDYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Pogotowia Ratunkowego
w Pruszczy Gdańskim
Dariusz
Anna Gorska

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

1) Umowa z dnia 01.09.2017r. z firmą MAN-MED w Gdańsku ul. Koszarska 113/2 na transport odpadów niebezpiecznych (odbidn. odp. medycznych, utylizację powłok firmie PORT-SERVICE w Gdańsku)

2) Aneks z dnia 1 sierpnia 2012r. do umowy z dnia 28.02.2001r. zawarty z PUM "LERAY" w Rotmanie ul. Medycznej 201, 83-010 Pruszcz Gd. + umowa na świadczenie usług w zakresie prania i czyszczenia chemicznego.

3) Umowa użytkowania nr OR/SZ/017 z Powiatem Gdańskim z siedzibą w Pruszczy Gdańskim (w tym odbior. odpadów komunalnych)

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Nie dotyczy.....

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli -

FK_MK_5 Edycja 1 - Ocena stanu sanitarnego ambulatorium, medycznego lub diagnostycznego.

III. WYNIKI KONTROLI

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

Jednostka organizacyjna powiatu Gdańskiego

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

Obiekt dzieto w dni powszednie od 8⁰⁰-20⁰⁰ w soboty 8⁰⁰-16⁰⁰ w zakresie Umurcji.w dni powszednie od 18⁰⁰-8⁰⁰ i w soboty i dni świąteczne całonocowo - w zakresie porodu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

4 karetki wyjazdowe (w Pruszczy Gd - 1 szt, Pszczółkach 1 szt Pruszcz Gd - 2 szt) oraz 1 karetkę transportową.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

R

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*

nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

*Uaktualnić procedurę dot postępow. z odpadem.
medyacyjnym (do końca roku.)*

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).....

**ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM**

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Pogotowia Ratunkowego
w Przeczcu Gdańskim
Anna Górską

5. Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia.....
wydane przez

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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.....
.....
.....

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Pogotowia Ratunkowego
w Pruszczu Gdańskim
Anna Górską

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Mieczysław

Starszy asystent
Tomczyk - Rosulim
mgr Katarzyna Tomczyk-Przedzińska

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Poinformowano i pozostawiono na miejscu „Obowiązek informacyjny wynikający z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO)”

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 13.12.2018r.

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

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

FR-HK-5 edycja 1 - Ocena stanu sanit. ambulatorium medycznego,
lab. diagnostycznego (do wglądu w siedzibie WSE
Gdańsk)

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

**ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM**

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Pogotowia Ratunkowego
w Pruszczu Gdańskim
Anna Górską

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić