

**PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY  
w Wodzisławiu Śląskim**

44-300 Wodzisław Śl., ul. Bogumińska 3  
tel. 32 456 38 10, 456 38 11, 456 38 12

Pieczczę państwowego inspektora sanitarnego

Załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/C  
„Sposób wykonywania kontroli w ramach zapobiegawczej  
i bieżącego nadzoru sanitarnego w tym zapobiegania  
i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń  
wydanie z dnia 14.03.201

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr. 6...../1218/NS/EP/2022**

Wodzisław Śl. 28.02.22  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

**[REDAKOWANA] - Sekcja Epidemiologii - nr upoważnienia 3/PL**

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wodzisławiu Śląskim  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity: Dz. U. 2021r., poz. 195 ) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustaw z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2021r., poz. 735 ze zm )

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

Dojewóchki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca  
ul. Brodka 13  
44-300 Wodzisław Śl.      telefon 32/453 7110, fax 32/455 45 13  
sekretariat@wscp.wodzislaw.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dojewóchki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca  
ul. Brodka 13  
44-300 Wodzisław Śl. - działalność lecznicza

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Noibert Prudel - dyrektora

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

Dojewóchki Śląskie - organ założycielski

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP - 647-21-80-171, REGON - 000297690

PKD - 86.10.2 - Szpital

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Norbert Prudel - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

Beata Rzepińska - prełożona pełnomocnik: specjalista o/s  
epidemiologii - upoważnienie stałe

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

Beata Deisman - ochotniczka oddb. II

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli...

28.02. 2022r.

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

4. Data i godzina zakończenia kontroli...

28.02. 2022r.

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

kontrola sprawdzająca wykonanie nakazów decyzji  
z dnia 03.12.2019r. nr 1516-632-62-971-5885/14

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.....

III. WYNIKI KONTROLI

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

- KRS - 0000039408

- wpis do rejestru Wojewody Śląskiego - nr księgi rejestrowej 000000014068

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

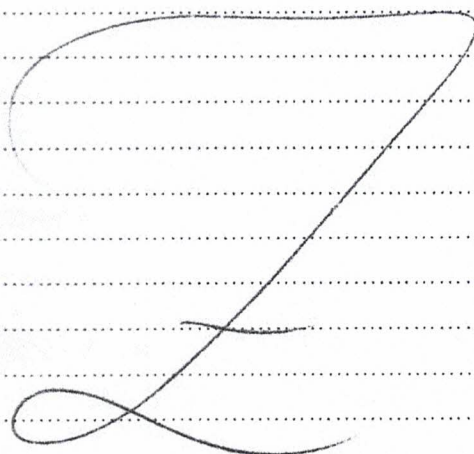
W widocznym miejscu umieszczone informacje o zakresie patenta w formie graficznej i pisemnej. W czasie świadczenia kontroli zakres przygotowany.

Zalecenia wyte i daty 2. dnia 03.12.2019.

Nr NStE-432-62-471/5885/19-prot 1 wykonano - skier

do pulmonologii - wszystkie pomieszczenia zostały odmalowane

Prot 2 - przygotowany do dnia 30.06.2022.



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/nałożone\*\* 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

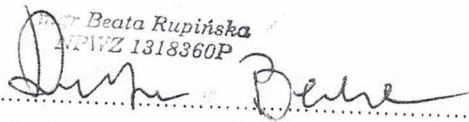
9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się\*\*

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

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc  
 im. dr. Alojzego Pawelca  
 Zespół ds. Zakazów Szpitalnych  
 ul. Br. 12 44-200 Władysławów 140 Łódź  
 tel. 32 45 37 141, fax.: 32 45 55 325

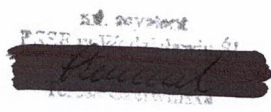
Przełożona Pielegniarek  
 Specjalista ds. epidemiologii

Beata Rupińska  
 NPWZ 1318360P



Specjalista pielęgniarstwa internistycznego  
 p.o. Pielęgniarka Oddziałowa  
 Oddziału Pulmonologicznego

Beata Weisman  
 NPWZ 1215214P



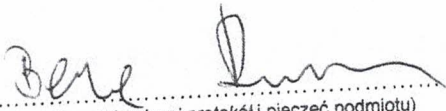
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeńć imienna/pieczeńć podmiotu)

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczeńć imienne)

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu .....28.01.2022.....

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc  
im. dr. Alojzego Pawelca  
Zespół ds. Zakazów Szpitalnych  
ul. Br. 12 41 200 Wodzisław Śląski  
tel. 32 45 37 141, fax: 32 45 55 325

  
(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  
WISSE/PSSE w Wodzisławiu Śląskim\*\*.

**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  
sanitarно-epidemiologicznej.

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić