

Wpłynęło .....  
Podpis .....  
2019-08-01

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr KO.HKN/01023-01/2019

Marszawa 01-08-2019  
(miejscowość (data))

przeprowadzonej przez:

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)  
- Sekcja Higieny Komunalnej  
upoważnienie do kontroli nr 256/K  
upoważnienie do kontroli obiektu nr 2891/2019

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie.  
(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 art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Centrum Medyczne "ŻELAZNA" Sp. z o.o.  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)  
01-004 Marszawa  
ul. Żelazna 90, tel. 22 255-98-00, fax 22 255-99-13

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Centrum Medyczne "ŻELAZNA" Sp. z o.o.  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)  
01-004 Marszawa  
ul. Żelazna 90

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Prezes Zarządu dr n. med. Mójciech Purzyna  
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))  
Centrum Medyczne "ŻELAZNA" Sp. z o.o.  
01-004 Marszawa, ul. Żelazna 90  
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 527-01-04-746/012103423

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Prezes Zarządu dr n. med. Mójciech Purzyna  
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

- Prelegentka Epidemiologiczna  
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wywania upoważnienia/hr)

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 01.08.2019r., godz. 12:50

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

22.07.2019r.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie odstąpiono od zamiaru -  
nie

4. Data i godzina zakończenia kontroli 01.08.2019r., godz. 14:15

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

kontrolne sprawdzenie dot. zaleceń  
wpisanego w p. 18 protokołu kontroli z dn. 10.13.06.19,  
Nr. KO HKN/00832-01/2019

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\*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr. nie wypełniono formularzy kontroli

III. WYNIKI KONTROLI

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

Centrum Medyczne „ŻELAZNA” Sp. z o.o.  
z siedzibą przy ul. Żelaznej 80 w Marszałku,  
wpis w KRS pod nr 0000445779

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

1. Malowanie wpisane w p. 18 protokołu kontroli Nr KO HKW/00832-01/2019 z dnia 10.13.06.2019r. zostało wykonane

2. Do transportu medycznego odpadów medycznych z miejsc ich powstania do odpowiedniego miejsca magazynowania wybrano/przeznaczono sudek transportowy (wózek), który jest przeznaczony wyłącznie do tego celu.

3. Nr. wózek jest odpowiedni (rosi jedynkowe jest wykonane ze stali nierdzewnej, zamknięte).

4. Wózek jest nowy (według uzyskanej informacji od przedstawiciela obiektu obecnego w czasie kontroli, wózek zakupiony w firmie MILWA, ul. Paderevskiego 85 w Marszałku jest - docelowo z przeznaczeniem do przewożenia odpadów medycznych)

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

a) ...nie dotyczą

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

nie dotyczą

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 grzywnien 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

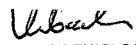
.....  
(imię i nazwisko/adres)

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

.....  
.....

  
PIELEGNIARKA EPIDEMIOLOGICZNA  
4117471P

.....  
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

  
Starszy Instruktor Higieny

.....  
(czytelny podpis kontrolującego)

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 01-08-2019r.

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

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* .....  
(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

