

WOJEWÓDZKA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA

W KRAKOWIE
Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej
31-202 Kraków, ul. Prądnicka 76
tel. dyr. 12 420 64 30, fax 12 416 20 93
Regon: 000297394, NIP: 677-10-27-747

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 211/2019

NP.9026.2.31.2019

Rabka Zdrój, dnia 16 lipca 2019 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Grzegorza Potasiewicza, Oddział Nadzoru Higieny Pracy i Ochrony Radiacyjnej,
upoważnienie 12/2019

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

Pracownika upoważnionego przez Małopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1, art. 25 ust. 1 oraz art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Szpital Miejski w Rabce-Zdrój Sp. z o. o.,
ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka Zdrój
tel. 18 267 60 40

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/pocztą elektroniczną)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Pracownia Diagnostyki Obrazowej

Szpital Miejski w Rabce-Zdrój Sp. z o. o.,
ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka Zdrój
tel. 18 267 60 40

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/pocztą elektroniczną/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Szpital Miejski w Rabce-Zdrój Sp. z o. o.,
ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka Zdrój

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/pocztą elektroniczną))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: NIP: 735-26-97-601, Regon: 120480323

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Witold Latusek – Prezes Zarządu
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Nie dotyczy

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 16 lipca 2019 r., godz. 9.15
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: art. 65 pkt 1) ustawy z dnia 6 marca 2018 r. *Prawo przedsiębiorców* (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 646)

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 16 lipca 2019 r., godz. 10.45

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

Nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Spełnienie wymogów prawnych higieny radiacyjnej – ochrona przed promieniowaniem jonizującym celem wydania zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu badań rentgenodiagnostycznych zgodnie z art. 33e ustawy *Prawo atomowe* (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 792 z późn. zm.)

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*

Pomiary jakościowe aparatu RTG Polymobil III (nr ser. 03288 S16).

9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*

Nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

Testy specjalistyczne wykonane przez firmę GL CENTER, nr spr. TS-CR-RO/54/GL/2019; z dnia 16.03.2019 r. oraz przez Ośrodek Badań i Analiz „PP” Marek Zając i Artur Zając s. c., nr spr. PP-JT/18-12-08-01; z dnia 17.12.2018 r.

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

- projekty osłon stałych WSE.NNZ.432/701/10 z dnia 23.12.2010 r.
- zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatów rtg oraz pracowni rtg;
- certyfikaty zdania egzaminu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta;
- zaświadczenia lekarskie o dopuszczające do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące;
- uprawnienia inspektora Ochrony Radiologicznej;
- testy podstawowe aparatów rtg
- system zarządzania jakością

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Klauzula obowiązku informacyjnego w zakresie przetwarzania danych osobowych.

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – F/HR/03, F/HR/7 F/HR/15d

14. Wypełnianie w trakcie kontroli formularze są drukami stosowanymi do użytku wewnętrznego organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i nie stanowią integralnej części protokołu (służą jedynie do dokumentowania wyników kontroli). Wypełnione formularze są do wglądu kontrolowanego na każdym

etapie postępowania administracyjnego w siedzibie Oddziału Nadzoru Higieny Pracy i Ochrony
Radiacyjnej Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Krakowie ul. Prądnicka 76 pokój 119.
31-202 Kraków, tel. dyr. 12 420 64 30, fax 12 416 20 90
Regon: 000297394, NIP: 677-10-27-767

III. WYNIKI KONTROLI

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

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, KRS 00000280873

Wpis do Księgi rejestrowej podmiotów wykonującej działalność leczniczą pod nr: 000000021498 .

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

Nie dotyczy

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

Nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

Po uzyskaniu sprawozdania z badań od laboratorium WSSE zostanie wszczęte stosowne postępowanie administracyjne.

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

Nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokość - słownie -

(nr mandatu karnego) Nie dotyczy

(podstawa prawna) Nie dotyczy

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr - z dnia -
wydane przez : Nie dotyczy

(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 :

Nie dotyczy

(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

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Grzegorz Potasiewicz

Grzegorz Potasiewicz
Młodszy Asystent

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 16 lipca 2019 r.

PREZES ZARZĄDU
"Szpital Miejski w Rabce-Zdroju" sp. z o.o.
Witold Latusek
Witold Latusek

"Szpital Miejski w Rabce-Zdroju" sp. z o.o.
34-700 Rabka-Zdrój, ul. Słoneczna 3
tel. /018/ 26 76 040 tel./fax /018/ 26 77 001
NIP 7352697601, REGON 120480323

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

- Ocena zgodności wymagań w celu uzyskania zgody na prowadzenie działalności w rentgenodiagnostyce i radiologii zabiegowej, formularz nr F/HR/03;
- Ocena zgodności Sytemu Zarządzania Jakością w Rentgenodiagnostyce, formularz nr F/HR/07
- Ocena fizycznych parametrów aparatury rentgenowskiej Rentgenodiagnostyka i radiologia zabiegowa, formularz (radiografia cyfrowa) nr F/HR/15d.

(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