

31-202 Kraków, ul. Pradnicka 76
tel. 012 250 51 50, fax 12 418 20 93
Regon: 000297394, NIP: 677-10-27-76

Szpital Miejski w Rabce-Zdroju sp. z o.o.	
WPEŁNIO	
24. 05. 2019	
NR DZ.	2413 / 15 m

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 174/2019

NP.9020.2.73.2019

Rabka-Zdrój, dnia 24 maja 2019 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: Katarzynę Orłowską Oddział Nadzoru Higieny Pracy i Ochrony Radiacyjnej,
upoważnienie Nr 26/2019
(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-Zdroju” Sp. z o.o.
34-700 Rabka-Zdrój, ul. Słoneczna 3
tel.: 18 26 76 040
email: sekretariat@szpitalwrabce.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

„Szpital Miejski w Rabce-Zdroju” Sp. z o.o.
34-700 Rabka-Zdrój, ul. Słoneczna 3
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

„Szpital Miejski w Rabce-Zdroju” Sp. z o.o.
34-700 Rabka-Zdrój, ul. Słoneczna 3
(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: 7352697601 / 120480323 / -

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Witold Latusek – Prezes Zarządu „Szpital Miejski w Rabce-Zdroju” Sp. z o.o.
(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*

Jacek Ryś – Starszy Inspektor ds. BHP

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 24 maja 2019 r., godz.: 8:30
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
9 maja 2019 r.
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia
Nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 24 maja 2019, godz.: 10:30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*
Nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Spełnienie wymogów prawnych higieny radiacyjnej – ochrona przed polami elektromagnetycznymi o częstotliwości 0-300GHz.
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
Sprawozdania nr 1235/18 z badań pól elektromagnetycznych w środowisku pracy (pomiary z dnia 19.12.2018 r. EKOPROJEKT Sp. z o.o.)
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
 - orzeczenia lekarskie dopuszczające do pracy,
 - certyfikaty ukończenia szkolenia w dziedzinie BHP,
 - rejestr czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowisku pracy;
 - karta badań i pomiarów czynników szkodliwych.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
 - Klauzula obowiązku informacyjnego w zakresie przetwarzania danych osobowych.
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr: F/HR/05, F/HR/06; Wypełnione w trakcie kontroli formularze kontroli w formie papierowej lub elektronicznej są do użytku wewnętrznego Państwowej Inspekcji Sanitarnej i nie stanowią integralnej części protokołu kontroli (służą jedynie do dokumentowania wyników kontroli).

Wypełnione formularze kontroli w wersji papierowej lub elektronicznej są do wglądu kontrolowanego na każdym etapie postępowania administracyjnego i mogą zostać udostępniane na jego wniosek po przeprowadzonych czynnościach kontrolnych lub w siedzibie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-epidemiologicznej w Krakowie, ul. Prądnicka 76.



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 nr: 0000280873

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

Nie dotyczy

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. ~~Wniesione~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesione~~/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

STARSZY INSPEKTOR BHP

Jacek Ryś

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Katarzyna Orłowska

Katarzyna Orłowska
Starszy Asystent

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 24 maja 2019 r.

PREZES ZARZĄDU

"Szpital Miejski w Rabce-Zdroju" sp. z o.o.

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 jednostki organizacyjnej stosującej urządzenia wytwarzające pole i promieniowanie elektromagnetyczne, formularz F/HR/05
- Lista osób pracujących w narażeniu na działanie pola i promieniowania elektromagnetycznego, formularz nr F/HR/06

(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