

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr EP/89/10/25

Tomaszów Mazowiecki, dn. 09.07.2025r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez pracownika (-ów) Sekcji Nadzoru Epidemiologii **Aleksandrę Motyl i Annę Świderek**

numer upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych : **626**

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

Pracownika(-ów) upoważnionego(-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Tomaszowie Mazowieckim.

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 2024r. poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024r. poz. 572).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim

ul. Jana Pawła II 64/66, 97-200 Tomaszów Mazowiecki

tel. 44 724 10 45, email: ordntm@tomaszow-maz.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Mazowieckim

ul. Jana Pawła II 64/66, 97-200 Tomaszów Mazowiecki

tel. 44 724 10 45, email: ordntm@tomaszow-maz.pl

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz promocja zdrowia

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina – Miasto Tomaszów Mazowiecki

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

ul. Polskiej Organizacji Wojskowej 10/16, 97-200 Tomaszów Mazowiecki

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio

NIP 773-10-66-477

REGON 590302221

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Marta Goździk - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Marta Goździk – dyrektor, Prezydent Miasta Tomaszowa Mazowieckiego upoważnienie z dnia 01.07.2022r. (WOP.0052.131.2022)

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Kamil Drabek - pracownik gospodarczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli : 09.07.2025r. godz. 10³⁵

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomieni: jednostka budżetowa

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 09.07.2025r. godz. 13⁴⁵

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

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli :

Ocena stanu sanitarno-technicznego, dokumentacji kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, przestrzegania ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

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:

Protokoły kontroli wewnętrznej, wytwarzanych odpadów medycznych, procedury i instrukcje stosowane w podmiocie leczniczym, dokumentację medyczną pracowników do celów sanitarnych,

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* - **nie dotyczy**

13. Podczas kontroli wypełniono formularz kontroli- nr F/EP/15, który jest do wglądu w siedzibie Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Tomaszowie Mazowieckim

III. WYNIKI KONTROLI

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

Jednostka budżetowa Gmina-Miasto Tomaszów Mazowiecki. Numer księgi rejestrowej Wojewody Łódzkiego – 000000256714. Aktualnie w stosunku do kontrolowanego podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjno-prawne w zakresie działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

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

[illegible]

Na tym opis zakończono.

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

- a) nie dotyczy
- b)

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*:

Przekazano informację o ochronie przetwarzanych danych osobowych.

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 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

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

nie dotyczy

Dyrektor
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych
w Tomaszowie Mazowieckim
Marta Goździk
mgr Marta Goździk

Diuba - Renc

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Starszy asystent
Motył
Aleksandra Motyl

Starszy technik
Swiderek
Anna Swiderek

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu

03.07.2025 r.

Dyrektor
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych
w Tomaszowie Mazowieckim
Marta Goździk
mgr Marta Goździk

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych
w Tomaszowie Mazowieckim
97-200 Tomaszów Mazowiecki ul. Jana Pawła II 64/66
numer księgi rejestrowej 000000256714 cz.V k.r. - 01
NIP: 773-10-66-477, REGON: 590302221
KOD: 000128762 tel. (44) 724-10-45

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

14. W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularz kontroli**: Ocena zakładu/oddziału rehabilitacji leczniczej – F/EP/15

(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