

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
ul. Kościuszki 27
85-079 BYDGOSZCZ**

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr *NHŚ.7.2025.AM*

Bydgoszcz, 05.02.2026r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Annę Miller, starszy asystent, Sekcja Higieny Środowiska, nr upoważnienia PIS.057.2.35.2025,

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy,

.....
(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 2024r., poz. 416), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2025r., poz. 1591).

INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego

ul. Markwarta 8

85- 015 Bydgoszcz

tel. 52 3230413, fax. 52 3230450

poczta elektroniczna sekretariat@wspr.bydgoszcz.pl

1. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego

Punkt Wyjazdowy- Motocyklowa Jednostka Ratunkowa

ul. Markwarta 8

85-015 Bydgoszcz

Podmiot leczniczy- działalność medyczna

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

2. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

mgr Krzysztof Tadrzak - Dyrektor

.....
(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/poczta elektroniczna)

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 554-22-12-161 REGON 001044962

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

mgr Krzysztof Tadrzak - Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli *05.02.2026r. godz. 11.45*

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

Obiekt nie podlega ustawie z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2025r. poz. 1480 ze zm.)

4. Data i godzina zakończenia kontroli *05.02.2026r. godz. 14.10*

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

Sprawdzenie stanu sanitarnego miejsca stacjonowania motocyklowej jednostki ratunkowej oraz sprawdzenie przestrzegania zapisów 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. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Klauzula informacyjna do protokołu kontroli.

12. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr

nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

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

- *W podmiocie nie toczy się postępowanie administracyjne.*
- *KRS 0000002035*

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

- *W dniu 16.11.2025r. Wydziale Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego zarejestrowano Motocyklową Jednostkę Ratunkową.*

- *Skontrolowano punkt wyjazdowy i miejsce stacjonowania motocyklowej jednostki ratunkowej.*

Miejsce stacjonowania zlokalizowane jest na niskim parterze w dyżurce nr 6.

- *Skontrolowano dyżurkę ratownika kierowcy nr 6, kuchnię personelu, szatnię męską, łazienkę męską i toalety oraz składzik porządkowy, pomieszczenie przechowywania odpadów medycznych.*

W obiekcie znajduje się również dział zaopatrzenia medycznego, która obsługuje wszystkie zespoły w zakresie zaopatrzenia w niezbędne do wykonywania świadczeń materiały medyczne i leki oraz sprzęt jednorazowego użytku, na jej terenie wydzielone jest stanowisko dyspozytorskie zespołów transportowych oraz pomieszczenie do przechowywania odpadów medycznych.

- *Skontrolowano motocykl ratunkowy marki BMW XR100 o numerze rejestracyjnym CB700K.*

- *Motocykl ratunkowy z aktualnym przeglądem technicznym, kolejny przegląd 19.05.2026r.*

Motocykl jest obsługiwany przez sześciu ratowników medycznych. Planowane jest używanie motocyklu ratunkowego od maja 2026r. Celem tej jednostki jest szybkie dotarcie do osoby potrzebującej pilnej pomocy medycznej.

- *W dniu kontroli czystość bieżąca zachowana.*

- *Segregacja odzieży wierzchniej i roboczej właściwa.*

- *Bielizna czysta – mundurki ochronne w szafach.*

- *Bielizna brudna – mundurki ochronne, prana w pralni CitoNet ul. Wyścigowa 7 w Bydgoszczy. Ostatni dowód oddania do prania 05.02.2026r.*

- *Personel ma zapewnione środki ochrony osobistej (fartuchy jednorazowe, maski, rękawice lateksowe).*

Odpady medyczne segregowane, zabezpieczone, po skończonej akcji transportowane do wydzielonego pomieszczenia przeznaczonego do przechowywania odpadów medycznych, w którym znajduje się nowa chłodziarka z pojemnikami na odpady medyczne, skąd są odbierane przez spalarnię Centrum Onkologii i tam spalane. Ostatni dowód oddania odpadów medycznych do spalarni z dnia 05.02.2026r. W obiekcie prowadzony jest monitoring temperatury przechowywania odpadów medycznych. W dniu kontroli temp. 7,7°C.

- *Odpady komunalne segregowane, przechowywane w pojemnikach z workiem koloru czarnego, wywożone przez firmę zajmującą się wywozem i recyklingiem.*

- *W obiekcie utrzymaniem czystości zajmują się osoby zatrudnione.*

- *Procedury medyczne są opracowane i wdrożone.*

Do dezynfekcji stosowane są następujące środki dezynfekcyjne: AHD 1000, Chemisept, Chusteczki Cleanisept Wipes, Citroclorex, Globacid SF.

- *Motocykl ratunkowy jest myty w myjni Myj-Car P.W. Sławomir Miskowiak ul. Bielicka 76A.*

- Przeprowadzono przegląd klimatyzacji w obiekcie w dniu 28.11.2025r. przez firmę Max-Serwis Paweł Paliszewski ul. Toruńska 64a/32 Solec Kujawski oraz przegląd wentylacji w dniu 21.05.2025 przez firmę Klimatyzacja, Wentylacja, Chłodnictwo CLIMAG sp. z o.o. ul. Leśna 34 w Kruszyńcu.
- Przeprowadzono przegląd wentylacji w obiekcie w dniu 02.04.2025r. przez Zakład Kominarski Jarosław Czyż Orki 1 Zamość
- Sprawdzono przestrzeganie Ustawy z dnia 9 listopada 1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2024r. poz. 1162 ze zm.). W obiekcie umieszczona jest informacja graficzna i słowna o zakazie palenia.
- W trakcie trwania kontroli przeprowadzono działania edukacyjno- informacyjne między innymi w zakresie postępowania z odpadami medycznymi, postępowania z bielizną czystą i brudną, opracowania i wdrożenia procedur, zasad właściwego utrzymania i eksploatacji wentylacji i klimatyzacji, właściwego stanu higieniczno - sanitarnego i technicznego pomieszczeń i urządzeń obiektu, palenia wyrobów tytoniowych.

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

a).....

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/~~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 PIS.057.1.32.2025 z dnia
01.04.2025r. wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy
.....

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
nie dotyczy

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

Wojewódzka Stacja Pogotowia
Ratunkowego w Bydgoszczy (7)
85-015 Bydgoszcz, ul. Ks. R. Markwarta 7
tel./fax 52 323-04-13, 323-04-50
NIP 554 22 12 161, REGON 001044962

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

Starszy Asystent
mgr Anna Miller
higienista i epidemiolog

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 08.10.2025r.

Wojewódzka Stacja Pogotowia
Ratunkowego w Bydgoszczy (7)
85-015 Bydgoszcz, ul. Ks. R. Markwarta 7
tel./fax 52 323-04-13, 323-04-50
NIP 554 22 12 161, REGON 001044962

.....
(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

KLAUZULA INFORMACYJNA do protokołu kontroli

Realizując wymogi rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy będącego jednocześnie Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy z siedzibą w Bydgoszczy (85-079) przy ul. Tadeusza Kościuszki 27. Kontakt z Administratorem jest możliwy listownie, za pośrednictwem platformy e-PUAP, e-Doręczeń lub na adres e-mail: sekretariat.psse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się listownie na adres siedziby Administratora lub poprzez e-mail: iod.psse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl
3. Dane osobowe są przetwarzane w celu:
 - realizacji zadań przypisanych organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej na mocy ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i innych ustaw szczególnych oraz aktów wykonawczych do nich;
 - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c), d) lub e) RODO.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości wzięcia udziału w kontroli.
5. Administrator przetwarza dane osobowe w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, w tym w szczególności: imię i nazwisko, funkcję lub stanowisko służbowe, podpis, dane kontaktowe oraz informacje ujawnione w toku kontroli.
6. Dane osobowe pochodzą od podmiotu kontrolowanego (np. pracodawcy, kierownika jednostki) albo zostały podane bezpośrednio przez osobę, której dane dotyczą, w związku z udziałem w kontroli.
7. W ramach przetwarzania danych osobowych Administrator nie stosuje zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
8. Dane osobowe mogą być przekazywane lub mogą mieć do nich dostęp następujące kategorie odbiorców:
 - inne, właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, inne organy administracyjne, sądy i organy ochrony prawa – jeżeli na mocy przepisów szczególnych Administrator zobowiązany jest do przekazania im danych osobowych bądź podmioty te uprawnione są do żądania udostępnienia takich danych,
 - inne strony bądź uczestnicy postępowań, którym na mocy przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego przysługuje wgląd w akta prowadzonego postępowania,
 - dostawcy usług, z których korzysta Administrator celem zapewnienia możliwości wykonywania przez niego zadań (np. dostawcy specjalistycznego oprogramowania, dostawcy usług teleinformatycznych, operatorzy pocztowi).
9. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt. 3 celu przetwarzania oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym w zakresie archiwizacji dokumentów.
10. Zgodnie z RODO przysługuje Pani/Panu:
 1. prawo dostępu do swoich danych osobowych, na podstawie art. 15 RODO
 2. prawo do sprostowania swoich danych osobowych, na podstawie art. 16 RODO
 3. prawo do żądania usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO
 4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, na podstawie art. 18 RODO
 5. prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO
 6. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 RODO
 7. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie naruszało przepisy o ochronie danych osobowych.