Załącznik nr 5 do Umowy Nr ……../SPSSZ/2019

PROTOKÓŁ ODBIORU USŁUG / 5.1 /

Rok …… Miesiąc ……

Potwierdzam wykonanie usług określonych umową:

Lp	Komórka organizacyjna	Pieczęć i podpis osoby potwierdzającej wykonanie usługi Kierownik jednostki lub inna upoważniona osoba	Sprzątanie z dezynfekcją	Transport wewnętrzny	Pomoc przy obsłudze pacjenta	Uwagi o sposobie realizacji usług	Pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej za wykonanie usług Kierownik lub brygadzista nadzorujący pracę pracowników stanowiskowych
			Poziom zadowolenia z jakości wykonanej usługi				
1							
1	Oddział Wewnętrzny		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
2	Oddział Ortopedii i Traumatologii		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
3	Oddział Chirurgii Ogólnej		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
4	Oddział Kardiologiczny		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		

5	Oddział Neurochirurgiczny		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
6	Oddział Neurologiczny i Pododdział Udarowy		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
7	Oddział Onkologii Klinicznej/Wieloprofilowy I piętro		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
8	Oddział Urologiczny		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
9	Oddział Kardiologii Inwazyjnej		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
10	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
11	Oddział Pediatryczny		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
12	Blok Operacyjny		1 2 3 4 5	XXX	XXX		

13	Szpitalny Oddział Ratunkowy		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	XXX		
14	Centralna Sterylizacja		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
15	Stacja Dializ		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
16	Zakład Rehabilitacji Dziennej (poziom 0 i poziom -1)		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
17	Poradnie specjalistyczne i pracownie diagnostyczne		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
18	Rejestracja		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
19	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
20	Zakład Mikrobiologii		1 2 3 4 5	XXX	XXX		

21	Zakład Diagnostyki Obrazowej		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
22	Dyrekcja i administracja (poziom 0)		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
23	Szatnia dla odwiedzających		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
24	Szatnie dla pracowników		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
25	Sala konferencyjna Biblioteka Promocja Zdrowia		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
26	Korytarze i magazyny		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
27	Dział Usług Medycznych		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
28	Dział Administracyjny (poziom -1)		1 2 3 4	XXX	XXX		

			5				
29	Budynek warsztatowy		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
30	Zakład Patomorfologii		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
31	Apteka		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
32	Kaplica		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
33	Kuchnia, Kawiarnia		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
34	Pokoje gościnne		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
35	Korytarze przed windami		1 2 3 4 5	XXX	XXX		
36	Klatki schodowe		1 2	XXX	XXX		

			3 4 5				
37	Windy		1 2 3 4 5	XXX	XXX		

.....

Data i podpis osoby odpowiedzialnej za wykonanie usługi / zleceniobiorcy

.....

Data i podpis osoby odpowiedzialnej za realizację umowy / zleceniodawcy

PROTOKÓŁ ODBIORU USŁUGI / 5.2 MYCIE OKIEN

Rok ..... Kwartał / półrocze .....…

Potwierdzam wykonanie usług określonych umową:

Lp	Komórka organizacyjna	Pieczęć i podpis osoby potwierdzającej wykonanie usługi Kierownik jednostki lub inna upoważniona osoba	Uwagi o sposobie realizacji usług	Pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej za wykonanie usług Kierownik lub brygadzista nadzorujący pracę pracowników stanowiskowych
1	**2**	**3**	**5**	**6**
1	Oddział Wewnętrzny			
2	Oddział Ortopedii i Traumatologii			
3	Oddział Chirurgii Ogólnej			
4	Oddział Kardiologiczny			
5	Oddział Neurochirurgiczny			
6	Oddział Neurologiczny i Pododdział Udarowy			
7	Oddział Wieloprofilowy I piętro			

8	Oddział Urologiczny			
9	Oddział Kardiologii Inwazyjnej			
10	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii			
11	Oddział Pediatryczny			
12	Blok Operacyjny			
13	Szpitalny Oddział Ratunkowy			
14	Centralna Sterylizacja			
15	Stacja Dializ			
16	Zakład Rehabilitacji Dziennej (poziom 0 i poziom -1)			
17	Poradnie specjalistyczne i pracownie diagnostyczne			
18	Rejestracja			
19	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej			

20	Zakład Mikrobiologii			
21	Zakład Diagnostyki Obrazowej			
22	Dyrekcja i administracja (poziom 0)			
23	Szatnie			
24	Sala konferencyjna Biblioteka Promocja Zdrowia			
25	Korytarze i magazyny			
26	Dział Usług Medycznych			
27	Dział Administracyjny (poziom -1)			
28	Budynek warsztatowy			
29	Zakład Patomorfologii			
30	Apteka			

31	Kaplica			
32	Kuchnia, Kawiarnia			
33	Pokoje gościnne			
34	Korytarze przed windami			
35	Klatki schodowe			

.....

Data i podpis osoby odpowiedzialnej za wykonanie usługi / zleceniobiorcy

.....

Data i podpis osoby odpowiedzialnej za realizację umowy / zleceniodawcy

Protokół kontroli stanu sanitarno – higienicznego kuchenki oddziałowej

Jednostka organizacyjna…….

Kierownik Zespołu Pielęgniarek ……..

Nazwisko osoby kontrolującej……

Nazwisko przedstawiciela Firmy

odpowiedzialnej za usługę sprzątania……..

Lp	Kryteria oceny	Data		Data	
		Pkt	Uwagi	Pkt	Uwagi
1	Pomieszczenie czyste/nieposprzątane				
2	Podłogi, cokoły				
3	Zewnętrzna powierzchnia lodówki, kuchenki mikrofalowej				
4	Podgrzewacz do mieszanek czysty, woda				
5	Okna szyby, grzejniki				
6	Pojemniki na mydło, preparaty dezynfekcyjne				
7	Komory zlewozmywaka oraz armatura sanitarna				
8	Lustra, glazura wokół umywalek				
9	Drzwi, klamki, futryny				
10	Powierzchnie lamp oświetleniowych, wyłączniki				
11	Ściany, sufity				
12	Powierzchnie kratek, wyciągów				
13	Żaluzje, rolety				
14	Zewnętrzna powierzchnia mebli				
15	Stelaże koszy na odpady, czyste wyłożone				

	workiem foliowym w odpowiednim kolorze, podpisane				
	Ilość uzyskanych punktów				
	Możliwość punktów - 15				
	Podpis Kierownika Zespołu Pielęgniarek				
	Podpis osoby kontrolującej				
	Podpis przedstawiciela firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątania				

Legenda: Tak – 1 pkt. Nie – 0 punktów Nd – nie dotyczy

Protokół kontroli stanu sanitarno – higienicznego magazynu na bieliznę pościelową

Jednostka organizacyjna…….

Kierownik Zespołu Pielęgniarek……..

Nazwisko osoby kontrolującej……

Nazwisko przedstawiciela Firmy

Odpowiedzialnej za usługę sprzątania……..

Lp	Kryteria oceny	Data		Data	
		Pkt	Uwagi	Pkt	Uwagi
1	Podłogi, cokoły				
2	Półki				
3	Drzwi klamki				
4	Ściany, sufity				
5	Powierzchnia lamp oświetleniowych, wyłączniki				
6	Powierzchnie kratek wentylacyjnych i wyciągów				
7	Bielizna ułożona wg asortymentu				
8	Pomieszczenie czyste/nieposprzątane				
	Ilość uzyskanych punktów				
	Możliwość punktów - 8				
	Podpis Kierownika Zespołu Pielęgniarek				
	Podpis osoby kontrolującej				
	Podpis przedstawiciela firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątania				

Legenda: Tak – 1 pkt. Nie – 0 punktów Nd – nie dotyczy

Protokół kontroli stanu sanitarno – higienicznego pokoi dla pacjentów

Jednostka organizacyjna…….

Kierownik Zespołu Pielęgniarek……..

Nazwisko osoby kontrolującej……

Nazwisko przedstawiciela Firmy

odpowiedzialnej za usługę sprzątania……..

Lp	Kryteria oceny	Data		Data	
		Pkt	Uwagi	Pkt	Uwagi
1	Pomieszczenie czyste/nieposprzatane				
2	Podłogi, cokoły				
3	Ramy, barierki, kółka łóżek				
4	Powierzchnie inkubatorów, kółka				
5	Okna szyby, grzejniki				
6	Pojemniki na mydło, preparaty dezynfekcyjne				
7	Umywalki/armatura sanitarna				
8	Lustra, glazura wokół umywalek				
9	Drzwi, klamki, futryny				
10	Powierzchnie lamp oświetleniowych, wyłączniki				
11	Ściany, sufity				
12	Powierzchnie kratek, wyciągów				
13	Żaluzje, rolety				
14	Telewizory i przewody elektryczne				
15	Zewnętrzne powierzchnie mebli, panele stoły krzesła, szafki, półki itp.				
16	Stelaże koszy na odpady, czyste wyłożone workiem foliowym w odpowiednim kolorze,				

	podpisane				
17	Stojaki, szyny				
18	Przedmioty na ścianie				
19	Powierzchnie lamp bakteriobójczych				
20	Kółka od sprzętu stojącego w pokoju				
	Ilość uzyskanych punktów				
	Możliwa ilość punktów - 20				
	Podpis Kierownika Zespołu Pielęgniarek				
	Podpis osoby kontrolującej				
	Podpis przedstawiciela firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątania				

Legenda: Tak – 1 pkt. Nie – 0 punktów Nd – nie dotyczy

Protokół kontroli stanu sanitarno – higienicznego pomieszczenia brudownika / magazynku / składziku gospodarczego

Jednostka organizacyjna…….

Kierownik Zespołu Pielęgniarek……..

Nazwisko osoby kontrolującej……

Nazwisko przedstawiciela Firmy

odpowiedzialnej za usługę sprzątania……..

Lp	Kryteria oceny	Data		Data	
		Pkt	Uwagi	Pkt	Uwagi
1	Pomieszczenie czyste/nieposprzątane				
2	Podłogi, cokoły				
3	Pojemniki na mydło preparaty dezynfekcyjne, podajniki na ręczniki				
4	Komory zlewozmywakowe oraz armatura sanitarna,				
5	Okna szyby, grzejniki				
6	Glazura wokół umywalek, zlewozmywaka				
7	Drzwi, klamki, futryny, grzejniki				
8	Powierzchnie lamp oświetleniowych				
9	Ściany, sufity czyste				
10	Powierzchnie kratek wentylacyjnych i wyciągów				
11	Powierzchnie zewnętrzne i wewnętrzne mebli, półki				
12	Baseny, kaczki, słoje na półkach				
13	Stelaże, kosze na odpady czyste wyłożone workiem foliowym w odpowiednim kolorze, podpisane				

14	Miski do toalety pacjenta czyste suche, odwrócone do góry dnem na półkach				
	Ilość uzyskanych punktów				
	Możliwa ilość punktów - 14				
	Podpis Kierownika Zespołu Pielęgniarek				
	Podpis osoby kontrolującej				
	Podpis przedstawiciela firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątania				

Legenda: Tak – 1 pkt. Nie – 0 punktów Nd – nie dotyczy

Protokół kontroli stanu sanitarno – higienicznego pokoi zabiegowych (opatrunkowych) diagnostycznych

Jednostka organizacyjna…….

Kierownik Zespołu Pielęgniarek……..

Nazwisko osoby kontrolującej……

Nazwisko przedstawiciela Firmy

odpowiedzialnej za usługę sprzątania……..

Lp	Kryteria oceny	Data		Data	
		Pkt	Uwagi	Pkt	Uwagi
1	Pomieszczenie czyste/nieposprzątane				
2	Podłogi, cokoły				
3	Zewnętrzna powierzchnia mebli				
4	Szafy szafki na sprzęt medyczny				
5	Zewnętrzna powierzchnia lodówki				
6	Fotel, kozetka do pobierania krwi, stół opatrunkowy, taborety				
7	Okna, szyby, grzejniki				
8	Pojemniki na mydło, preparat dezynfekcyjny podajniki na ręczniki				
9	Umywalki, zlewozmywaki, armatura sanitarna				
10	Lustra, glazura, wokół umywalek				
11	Drzwi, klamki, futryny				
12	Powierzchnia lamp oświetleniowych				
13	Powierzchnia lamp bakteriobójczych				
14	Kółka wózków, stołów zabiegowych, itp.				
15	Ściany, sufity				

16	Powierzchnie kratek, wyciągów				
17	Żaluzje, rolety				
18	Stelaże, koszy na odpady czyste wyłożone workiem foliowym odpowiednim kolorze				
	Ilość uzyskanych punktów				
	Możliwa ilość punktów - 18				
	Podpis Kierownika Zespołu Pielęgniarek				
	Podpis osoby kontrolującej				
	Podpis przedstawiciela firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątania				

Legenda: Tak – 1 pkt Nie – 0 punktów Nd – nie dotyczy

Protokół kontroli stanu sanitarno – higienicznego ciągów komunikacyjnych

Jednostka organizacyjna…….

Nazwisko osoby kontrolującej……

Nazwisko przedstawiciela Firmy

odpowiedzialnej za usługę sprzątania……..

Lp	Kryteria oceny	Data		Data	
		Pkt	Uwagi	Pkt	Uwagi
1	Podłogi, cokoły czyste/nieposprzątane				
2	Przedmioty wiszące na ścianach				
3	Ograniczniki na ścianach				
4	Drzwi przejściowe szklane				
5	Ściany lamperie sufity				
6	Powierzchnie lamp oświetleniowych wyłączniki				
7	Powierzchnie kratek wentylacyjnych i wyciągów				
8	Krzesła fotele ławki itp.				
9	Schody, poręcze, barierki				
10	Makiety gabloty szklane rzeźby itp.				
11	Kąciki zabaw dla dzieci, stoliki, krzesełko				
12	Stelaże koszy na odpady, czyste wyłożone workiem foliowym w odpowiednim kolorze				
13	Zewnętrzna powierzchnia mebli w szatni dla pacjentów i odwiedzających				
14	Wycieraczki wejściowe				
15	Okna szyby, parapety				
	Ilość uzyskanych punktów				

	Możliwość punktów 15 – ND		
	Podpis osoby odpowiedzialnej		
	Podpis osoby kontrolującej		
	Podpis przedstawiciela firmy odpowiedzialnej za usługę sprzątania		

Legenda: Tak – 1 pkt Nie – 0 punktów Nd – nie dotyczy

ZAMAWIAJĄCY: WYKONAWCA :