**INFORMACJE DO OCENY RYZYKA**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa | Zespół Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim |
| Adres siedziby | ul. Kard. St. Wyszyńskiego 37 |
| NIP | 7431641641 |
| REGON | 000308459 |
| KRS | 0000001994 |
| Rodzaj Zamawiającego | Podmiot Leczniczy |
| Nr Księgi Rejestrowej | 000000015121 |
| Data rejestracji | 1995-11-10 |
| Data rozpoczęcia działalności | 1995-11-10 |
| Organ Założycielski | Samorząd Powiatu Lidzbarskiego |

Miejsca (lokalizacje) w których prowadzona jest działalność:

1. ul. Bartoszycka 3, 11-100 Lidzbark Warmiński
2. ul. 11-go Listopada 15, 11-100 Lidzbark Warmiński
3. ul. Góreckiego 7, 11-100 Lidzbark Warmiński
4. ul. Olsztyńska 8, 11-100 Lidzbark Warmiński
5. ul. Mickiewicza 16, 11-130 Orneta
6. ul. Wodna 1, 11-130 Orneta

|  |
| --- |
| **Dane finansowe**  |
| Lp. | Obroty | w PLN |
|  | z działalności medycznej **finansowanej z NFZ** za rok 2017 (wartość kontraktu z NFZ)  | **17.395.716,38** |
|  | ze świadczeń medycznych **nie finansowanych ze środków NFZ** za rok 2017, w tym: | **669.637,62** |
|  | Osoby fizyczne | 277.163,31 |
|  | Inne ZOZ | 290. 100,44 |
|  | Inne zakłady | 82.700,10 |
|  | z działalności **niemedycznej** za rok 2017, w tym: | **254 505,80** |
|  | Usługi prosektorium i sterylizatorni | 8.632,21 |
|  | Ksero dokumentacji medycznej | 6.895,32 |
|  | Dzierżawy | 237.848,27 |
|  | Pozostałe przychody ze sprzedaży | 1.130,00 |
| Wartość kontraktu z NFZ | w PLN |
| za rok 2017 | 17.473.536,74 |
| za rok 2018 | 18.350.664,56 |

|  |
| --- |
| **Liczba pacjentów przyjętych w roku 2017** |
| Lecznictwo otwarte | 31434 |
| Lecznictwo zamknięte | 4374 |
| Łącznie  | 35808 |

|  |
| --- |
| **Liczba lekarzy** |
| Liczba lekarzy ogółem, w tym: | 49 |
| Zatrudnionych na umowę o pracę | 4 |
| Zatrudnionych w ramach umów cywilno- prawnych, tzw. kontraktowi  | 44 |
| Zatrudnionych w ramach umowy zlecenia lub umowy o dzieło | 1 |

| **Liczba lekarzy na danym oddziale** |
| --- |
| Lp. | Oddział | Liczba lekarzy |
| I stopień specjalizacji | II stopień specjalizacji | Bez specjalizacji |
|  | Chorób wewnętrznych | 1 | 3 | 1 |
|  | Chirurgiczny ogólny | 2 | 3 | 1 |
|  | Chirurgii urazowo-ortopedycznej | 0 | 1 | 0 |
|  | Ginekologiczny | 1 | 3 | 0 |
|  | Pediatryczny | 0 | 4 | 1 |
|  | Terapii uzależnienia od alkoholu | 0 | 2 | 0 |

|  |
| --- |
| **Liczba pozostałego personelu** |
| Lp. | Nazwa  | Liczba  |
|  | Pielęgniarki  | 70 |
|  | Położne  | 9 |
|  | Pozostały personel medyczny  | 44 |
|  | Liczba stażystów | 1 |
|  | Liczba wolontariuszy  | 0 |
|  | Pozostali pracownicy  | 74 |
| Łączna liczba pracowników | 247 |

|  |
| --- |
| **Wykaz oddziałów** |
| Lp. | Nazwa  | Liczba łóżek |
|  | Wewnętrzny | 33 |
|  | Chirurgiczny ogólny | 30 |
|  | Chirurgii urazowo-ortopedycznej | 10 |
|  | Ginekologiczny | 10 |
|  | Pediatryczny | 14 |
|  | Terapii uzależnienia od alkoholu | 21 |

| **Wykaz poradni specjalistycznych**  |
| --- |
|  | Poradnia chirurgii ogólnej |
|  | Poradnia otolaryngologiczna |
|  | Poradnia neurologiczna |
|  | Poradnia położniczo - ginekologiczna |
|  | Poradnia endokrynologiczna |
|  | Poradnia chorób zakaźnych |
|  | Poradnia okulistyczna |
|  | Poradnia kardiologiczna |
|  | Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej |
|  | Poradnia medycyny sportowej |
|  | Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia |
|  | Ośrodek Rehabilitacji Dziennej |
|  | Podstawowa Opieka Zdrowotna (nocna i świąteczna pomoc medyczna) |

|  |
| --- |
| **Wykaz pracowni**  |
|  | Pracownia USG |
|  | Pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej |
|  | Pracownia endoskopii |
|  | Pracownia diagnostyki kardiologicznej |
|  | Pracownia diagnostyki laboratoryjnej |
|  | Pracownia serologii |
|  | Bank krwi |

| **Zakres świadczonych usług** | **TAK** | **NIE** |
| --- | --- | --- |
|  | Lecznictwo zamknięte | X |  |
|  | Lecznictwo otwarte  | X |  |
|  | Pogotowie ratunkowe (tzn. ratownictwo medyczne) | X |  |
|  | Poradnie specjalistyczne  | X |  |
|  | Zakład pielęgnacyjno – opiekuńczy  |  | X |
|  | Diagnostyka specjalistyczna | X |  |
|  | Apteka szpitalna | X |  |
|  | Podstawowa opieka medyczna | X |  |
|  | Fizykoterapia | X |  |
|  | Stacja dializ |  | X |
|  | Stacja krwiodawstwa  |  | X |
|  | Transport chorych  | X |  |
|  | Transport organów ludzkich |  | X |
|  | Zespoły wyjazdowe (liczba 2) | X |  |
|  | Higiena szkolna  |  | X |
|  | Wyjazdowa opieka lekarska i pielęgniarska  | X |  |
|  | Nocna i świąteczna opieka ambulatoryjna | X |  |
|  | Szkoła Rodzenia |  | X |

| **Czy podmiot leczniczy** | **TAK** | **NIE** |
| --- | --- | --- |
|  | posiada laboratorium diagnostyczne ? | X |  |
|  | posiada laboratorium mikrobiologiczne ? |  | X |
|  | posiada pracownię histopatologiczną ? |  | X |
|  | posiada tomograf komputerowy ? |  | X |
|  | posiada jądrowy rezonans magnetyczny ?  |  | X |
|  | posiada tomografię pozytonową ? |  | X |
|  | prowadzi eksperymentalne metody leczenia ? |  | X |
|  | prowadzi badania kliniczne ? |  | X |
|  | wykonuje procedury wysokospecjalistyczne ? | X |  |
|  | wynajmuje pomieszczenia innym podmiotom gospodarczym ? | X |  |
|  | prowadzi działalność pomieszczeniach najmowanych od innych podmiotów ? | X |  |
|  | przygotowuje w aptece szpitalnej leki robione ? | X |  |
|  | prowadzi działalność dydaktyczną ? | X |  |
|  | prowadzi działalność w zakresie doskonalenia zawodowego kadr lekarskich, pielęgniarskich itp. ? |  | X |
|  | wykonuje zabiegi chirurgii plastycznej ? |  | X |
|  | świadczy usługi sterylizacji dla podmiotów zewnętrznych ? | X |  |
|  | prowadzi bank krwi pępowinowej i bank komórek macierzystych ? |  | X |
|  | posiada komisję bioetyczną ? |  | X |
|  | przygotowuje posiłki dla pacjentów (we własnym zakresie) ? |  | X |
|  | sprzątanie prowadzi firma zewnętrzna? | X |  |
|  | posiada płatny parking ? |  | X |
|  | posiada pojazdy wolnobieżne ? |  | X |

| **Lista podwykonawców, którym Szpital powierza wykonanie czynności oraz zabiegów diagnostycznych i/lub medycznych** |
| --- |
| Lp.  | Nazwa podwykonawcy | Zakres usług |
|  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie | Diagnostyka |
|  | EUROMEDIC Diagnostics Polska Sp. z o.o. | Tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny |
|  | Szpital Powiatowy Im. Jana Pawła II W Bartoszycach | Diagnostyka obrazowa |
|  | Diagnostyka Sp. z o.o. | Usługa w zakresie diagnostyki laboratoryjnej |
|  | Laboratoria Medyczne OPTIMED Kuriata, Wroński Spółka Jawna | Wykonywanie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych |
|  | Szpital Powiatowy Im. Jana Pawła Ii W Bartoszycach | Świadczenia zdrowotne z zakresu intensywnej terapii |
|  | Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, Laboratorium Badań Epidemiologiczno-Klinicznych | Diagnostyka mikrobiologiczna |
|  | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy Im. Prof. Dr Stanisława Popowskiego W Olsztynie | Badania EMG |
|  | NU-MEDIC Pracownie Diagnostyczne Spółka Z Ograniczoną Odpowiedzialnością | Badania tomografem komputerowym |
|  | Laboratorium Hormonalno-Analityczne Teresa Joanna Gago | Badania laboratoryjne |
|  | Laboratoria Medyczne OPTIMED Kuriata, Wroński Spółka Jawna | Wykonywanie badań histopatologicznych |
|  | Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa | Wykonywanie badań laboratoryjnych podstawowych, konsultacyjnych i diagnostycznych z zakresu immunologii transfuzjologicznej i immunopatologii ciąży.Dostawa krwi i osocza. |
|  | Centrum Neurologii Dziecięcej i Dorosłych Lekarze Specjaliści Wencław Musiatowicz Brzozowski Spółka Partnerska | EEG i konsultacje neurologiczne |
|  | Przychodnia Specjalistyczna w Olsztynie | Badania laboratoryjne |
|  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie | Badania diagnostyczne i laboratoryjne (w tym: mammografii, angiografii, histopatologii, medycyny nuklearnej), Scyntygrafia |
|  | "GEERS" Akustyka Słuchu Sp. z o.o. | Audiometria tonalna na przewodnictwo powietrzne i kostne |
|  | Szpital Powiatowy Im. Jana Pawła II w Bartoszycach | Świadczenia wykonywane w pracowni usg - biopsja tarczycy |
|  | Pracownia Konsultacyjno - Terapeutyczna Marta Kopczyńska | Ocena mikroskopowa preparatów cytologicznych |
|  | Izabela Teresa Borowa | Konsultacja dermatologiczna zmian barwnikowych skóry przy użyciu dermatoskopu |
|  | Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska Artur Łukaszewicz | Badania USG  |
|  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ars Med | Transport sanitarny, specjalistyczny transport medyczny |
|  | Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy I Chorób Płuc | Badania diagnostyczne i laboratoryjne w tym mikrobiologiczne |
|  | Euromedic Diagnostics Polska Sp. z o.o. | Tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny w ramach tzw. "pakietu onkologicznego" |
|  | Nu-Medic Pracownie Diagnostyczne Spółka Z Ograniczoną Odpowiedzialnością | TK, MR, PET-CT w ramach tzw. pakietów onkologicznych |
|  | El-Pat Elbląg | Cytologia z programu |
|  | Spectro, Barczewo Ul. Kasztanowa 14 | RM |
|  | MSWiA,  | Szybka Ścieżka Onkologiczna |

|  |
| --- |
| **Certyfikaty i udział w programach jakości**  |
| ISO 9001:2008 |
| Certyfikat akredytacyjny - nie |

|  |
| --- |
| **Informacje na temat oceny ryzyka zakażeń szpitalnych w podmiocie leczniczym w zakresie lecznictwa zamkniętego**  |
| Czy podmiocie leczniczym opracowane są procedury postępowania ? | TAK | NIE |
|  | mycia i dezynfekcji rąk | X |  |
|  | podczas dezynfekcji | X |  |
|  | podczas sterylizacji | X |  |
|  | w czasie pobierania krwi | X |  |
|  | przy wykonywaniu iniekcji | X |  |
|  | ze skażonym mat. Biologicznym | X |  |
|  | ze sprzętem endoskopowym | X |  |
|  | z zużytym sprzętem jednorazowym | X |  |
| Czy podmiot leczniczy posiada myjnię do endoskopów ? | TAK | NIE |
|  | półautomatyczną |  | X |
|  | automatyczną | X |  |
|  | sterylizator |  |  |
| Czy w podmiocie leczniczym rejestrowane są zakażenia szpitalne ? | TAK | NIE |
|  | wszystkie | X |  |
|  | wybiórczo |  | X |
| Liczba stwierdzanych rocznie zakażeń szpitalnych w podmiocie leczniczym: |
|  | gronkowca |  | X |
|  | Krwiopochodnych (tzn. WZW B, WZW C, HIV) |  | X |
|  | innych | X |  |
| Czy podmiot leczniczy zgłasza do Sanepidu zakażenia szpitalne/choroby zakaźne ? | TAK | NIE |
|  | krwiopochodne | X |  |
|  | wszystkie | X |  |
| Dodatkowe pytania na temat podmiotu leczniczego: | TAK | NIE |
| Czy w podmiocie leczniczym przestrzeganie procedur jest systematycznie kontrolowane? | X |  |
| Czy w podmiocie leczniczym możliwa jest izolacja pacjentów chorych zakaźnie? | X |  |
| Czy cały personel, który jest narażony na zakażenie WZW jest zaszczepiony przeciwko żółtaczce typu B (na podstawie dokumentacji w Zakł. Leczniczym) ? | X |  |
| Czy w podmiocie leczniczym działa Zespół d/s. Zakażeń Szpitalnych ? | X |  |
| Czy podmiot leczniczy posiada centralną sterylizatornię ? | X |  |
| Czy w podmiocie leczniczym używane są sterylizatory narzędzi na suche, gorące powietrze ? |  | X |
| Czy w podmiocie leczniczym prowadzona jest wewnętrzna kontrola procesów sterylizacji ? | X |  |
| Czy w podmiocie leczniczym używane są puszki Schimmelbuscha jako opakowania do sterylizacji ? |  | X |
| Czy w podmiocie leczniczym do dezynfekcji rąk używany jest środek dezynfekcyjny w dozownikach ? | X |  |
| Informacje na temat innych opakowań używanych do sterylizacji w podmiocie leczniczym | TAK | NIE |
|  | rękawy papierowo – foliowe | X |  |
|  | puszki kontenerowe |  | X |
|  | inne |  | X |
| Czy w podmiocie leczniczym do mycia rąk używane jest mydło ? | TAK | NIE |
|  | w kostkach |  | X |
|  | w dozownikach  | X |  |
| Czy cały personel poddawany jest szkoleniom z zakresu zapobiegania infekcjom ? | TAK | NIE |
|  | systematycznie | X |  |
|  | szkolenie tylko przy przyjęciu do pracy |  | X |
| Czy w podmiocie leczniczym do kontroli procesów sterylizacji i pracy sterylizatorów używane są ? | TAK | NIE |
|  | testy paskowe | X |  |
|  | testy zintegrowane |  | X |
|  | testy biologiczne | X |  |
|  | wskaźniki fizyczne | X |  |
|  | wydruk komputerowy | X |  |
|  | testy Bowie-Dicka | X |  |

| **Dodatkowe pytania na temat podmiotu leczniczego** | **TAK** | **NIE** |
| --- | --- | --- |
|  | Czy sprzęt elektroniczny znajduje się poniżej poziomu gruntu?  | x |  |
|  | Czy pracownie znajdują się w pomieszczeniach poniżej poziomu gruntu? | x |  |
|  | Czy podmiot leczniczy planuje realizować w okresie ubezpieczenia nowe inwestycje? | x |  |
|  | Czy podmiot leczniczy planuje otwarcie nowych lokalizacji w okresie ubezpieczenia?  |  | x |
|  | Czy przedmiotem ubezpieczenia mienia są budynki wyłączone z eksploatacji przez okres dłuższy niż 30 dni ? | x |  |
| Wykaz pomieszczeń wyłączonych z eksploatacji:1. portiernia
 |
|  | Czy mienie będące przedmiotem ubezpieczenia lub pozostające w związku z ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej jest zabezpieczone w sposób przewidziany obowiązującymi przepisami aktów prawnych w zakresie ochrony przeciwpożarowej, w szczególności:a) ustawą o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2009 r. Nr 178 poz. 1380 z późn. zm.); b) ustawą w sprawie warunków technicznych, jakimi powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2002 r. Nr 75 poz. 690 z późn. zm.);c) rozporządzeniem w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz. U. z 2010 r. Nr 109 poz. 719 z późn. zm.) ?  | x |  |
|  | Obiekty budowlane są użytkowane i utrzymywane zgodnie z przepisami prawa budowlanego (Dz. U. z 2010 r. Nr 243 poz. 1623) – Tekst jednolity ustawy Prawo Budowlane ? | x |  |
|  | Czy stanowiska pracy spełniają wymagania dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy w środowisku pracy, w szczególności zapisane w:a) ustawie w sprawie minimalnych wymagań, dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy, związanych z możliwością wystąpienia w miejscu pracy atmosfery wybuchowej (Dz. U. z 2010 r. Nr 138 poz. 931) ? | x |  |
|  | Czy obiekty budowlane oraz wykorzystywane instalacje techniczne podlegają regularnym przeglądom okresowym stanu technicznego i/lub dozorowi technicznemu, wykonywanym przez uprawnione podmioty. W protokołach z dokonanych przeglądów nie stwierdzono zastrzeżeń warunkujących ich użytkowanie.W szczególności przeglądy okresowe dotyczą:a) przydatności do użytkowania obiektu budowlanego, estetyki obiektu budowlanego oraz jego otoczenia;b) sprzętu przeciwpożarowego;c) instalacji elektrycznej i odgromowej;d) instalacji gazowej;e) przewodów kominowych (dymowe, spalinowe, wentylacyjne);f) instalacji gazów medycznych;g) instalacji wodociągowa przeciwpożarowa;h) instalacji ciśnieniowych;i) urządzeń dźwigowych. | x |  |

| Lp. | Opis obiektów, w którym znajduję się ubezpieczone mienie  | budynek 1 / adres: | budynek 2 / adres: | budynek 3 / adres: |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Adresy lokalizacji | 11-100 Lidzbark Warmińskiul. Bartoszycka 3 | 11-100 Lidzbark Warmińskiul. 11 Listopada 15 |  |
| 2 | Tytuł prawny do zajmowanej nieruchomości | użytkowanie | użytkowanie |  |
| 3 | Rok budowy budynku  | ok. 1900 r. | ok. 1970 r. |  |
| 4 | Czy obiekt posiada końcowy odbiór techniczny? | nie | nie |  |
| 5 | Czy w obiekcie dokonywane były remonty lub modernizacje? Jeśli tak proszę wymienić wykonane prace. | Termomodernizacja | Termomodernizacja |  |
| 6 | Kondygnacja ilość / która? | 5 | 3 |  |
| 7 | Powierzchnia użytkowa budynku /lokalu w m2 | 3.762 | 1.520 |  |
| 8 | MEDIA: |  |  |  |
| a) | Ogrzewanie | Miejskie/gazowe | miejskie | kotłownia |
| b) | Kotłownia | tak | nie |  |
| - | czy jest w oddzielnym budynku? | nie | nie |  |
| - | czy jest instalacja gazowa ? | tak | nie |  |
| - | czy są założone czujki gazu? | tak | nie |  |
| c) | Zaopatrzenie w wodę  | miejskie/własne | miejskie |  |
| d) | Instalacje elektryczne jednofazowe lub trój fazowe | trójfazowa | trójfazowa |  |
| e) | Data ostatniej kontroli instalacji elektrycznej i izolacji odgromowej | Luty 2016 | Luty 2016 |  |
| 9 | ŚCIANY ZEWNĘTRZNE: |  |  |  |
| a) | konstrukcja stalowa osłonięta blachą i ocieplona | Murowane, cegła pełna | Murowane, suporeks, izolacja styropian |  |
| b) | elementy drewniane | Konstrukcja dachu | nie |  |
| c) | murowane (cegła/pustak) | cegła | suporeks |  |
| d) | zabudowane blachą bez ocieplenia | nie | nie |  |
| 10 | STROPY: |  |  |  |
| a) | betonowe/ żelbetowe | betonowe | żelbetowe |  |
| b) | murowane (cegła/pustak) | pustak |  |  |
| c) | stalowe |  |  |  |
| d) | elementy drewniane | tak | nie |  |
| 11 | DACH: |  |  |  |
| a) | Konstrukcja dachu żelbetowa |  | tak |  |
| b) | Konstrukcja dachu drewniana lub z elementami z drewna | tak |  |  |
| c) | Konstrukcja dachu stalowa |  |  |  |
| d) | Pokrycie dachówką ceramiczną lub cementową | tak |  |  |
| e) | Pokrycie papą |  | tak |  |
| f) | Pokrycie blachą |  |  |  |
| g) | Izolacja dachu | Wełna mineralna |  |  |
| 12 | POŁOŻENIE I SĄSIEDZTWO |  |  |  |
| a) | czy w 1997r. i później w wymienionych lokalizacjach wystąpiła powódź lub podtopienia? | nie | nie |  |
| b) | Odległość budynków od najbliższej rzeki lub zbiornika wodnego w km | 0,3 km | 1 km |  |
| c) | czy istnieje zagrożenie pożarem lub eksplozją ze strony podmiotów gospodarczych zlokalizowanych w sąsiedztwie - jeśli tak prosimy o podanie profilu działalności i rodzaju zagrożenia | nie | nie |  |

| Lp. | Zabezpieczenia przeciwpożarowe | budynek 1 | budynek 2 | budynek 3 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Hydranty zewnętrzne –podziemne lub nadziemne - *proszę napisać TAK (i podać ilość) lub NIE*  | Tak3 szt. | Nie |  |
| 2 | Hydranty wewnętrzne *- proszę napisać TAK (i podać ilość) lub NIE* | Tak9 szt. | Tak4 szt. |  |
| 3 | GAŚNICE: |  |  |  |
| a) | ilość | 20 | 7 |  |
| b) | rodzaj | proszkowe | proszkowe |  |
| c) | data ostatniej kontroli | Lipiec 2016 | Lipiec 2016 |  |
| 4 | Inne źródła wody: staw, zbiornik przeciwpożarowy | - | - |  |
| 5 | Detektory (czujniki) dymu. Budynki / miejsca, w których są zainstalowane. | Medyczne Laboratorium Diagnostyczne,Oddział terapii uzależnienia od alkoholu,strych | - |  |
| 6 | Czujniki temperatury.Budynki / miejsca, w których są zainstalowane. | Oddział terapii uzależnienia od alkoholu | - |  |
| 7 | Instalacja tryskaczowa.Budynki / miejsca, w których jest zainstalowana | - | - |  |
| 8 | PAŃSTWOWA STRAŻ POŻARNA |  |  |  |
| a) | odległość od najbliższej jednostki | 1,5 km | 1 km |  |
| b) | szacunkowy czas dojazdu | 5 min. | 5 min. |  |
| 9 | PALENIE TYTONIU: |  |  |  |
| a) | czy w wymienionych lokalizacjach obowiązuje zakaz palenia tytoniu *- proszę napisać TAK lub NIE* | tak | tak |  |
| b) | czy są wydzielone miejsca do palenia tytoniu *- proszę napisać TAK lub NIE* | nie | nie |  |

| Lp. | Zabezpieczenia przeciw kradzieżowe | budynek 1 | budynek 2 | budynek 3 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Wszystkie drzwi i okna są w należytym stanie technicznym uniemożliwiającym włamanie i wyważenie bez użycia siły i narzędzi  | tak | tak |  |
| 2 | Wszystkie drzwi są zamknięte *na dwa* zamki wielozastawkowe lub jeden zamek antywłamaniowy | nie | nie |  |
| 3 | Wszystkie drzwi są zamknięte *na jeden* zamek wielozastawkowy lub jeden zamek antywłamaniowy | tak | tak |  |
| 4 | Drzwi antywłamaniowe | nie | nie |  |
| 5 | Okna (zaznaczyć parter, piętro, inne) zabezpieczone są (właściwe wskazać): kratami stalowymi, roletami, kratami żaluzjowymi, szybami klasy P2, P3 lub większej | nie | nie |  |
| 6 | Dozór pośredni lokalu (agencja ochrony po drugiej stronie ulicy) | nie | nie |  |
| 7 | STAŁY DOZÓR ubezpieczonej lokalizacji: |  |  |  |
| a) | miejsce dozorowania wewnątrz/ zewnątrz? | wewnątrz | nie |  |
| b) | całodobowy TAK/ NIE ? | tak | nie |  |
| 8 | SYSTEMY ANTYWŁAMANIOWE: |  |  |  |
| a) | czujki ruchu - *PROSZĘ PODAĆ miejsca objęte detekcją ruchu* | - | - |  |
| b) | sygnalizacja alarmu - *PROSZĘ PODAĆ akustyczna, optyczna* | - | - |  |
| c) | dalsze przekazanie sygnału *- PROSZĘ PODAĆ do kogo: agencja ochrony, na policję, do osób trzecich* | - | - |  |
| d) | czas dojazdu załogi interwencyjnej | - | - |  |
| e) | kontrola otwarcia drzwi, okien - styki magnetyczne, czujki rozbicia szkła, inne | - | - |  |
| 9 | Ogrodzenie całego terenu | tak | tak |  |
| 10 | Oświetlenie całego terenu | tak | tak |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 11 | SPOSÓB PRZECHOWYWANIA WARTOŚCI PIENIĘŻNYCH |
| a) | Kasa pancerna przytwierdzona do podłoża | - | - |  |
| b)  | Kasa pancerna nieprzytwierdzona do podłoża | tak | - |  |
| c) | sejf | - | - |  |
| d) | Inny (podać jaki) | - | - |  |