Załącznik Nr 10 do SWZ

(Załącznik Nr 5 do umowy)

**Zamawiający:**

„Kutnowski Szpital Samorządowy”

Spółka z o.o.

ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

NIP: 7752631681, REGON: 100974785

**KARTA KONTROLI POSIŁKÓW WYDAWANYCH W ODDZIAŁACH**

**Oddział:** ………………………………………………….. **Dnia:** ………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Rodzaj posiłku** | **Ocena pojemników, talerzy oraz wózków do transportu** | **Ocena organoleptyczna** | **Temperatura posiłku** | **Estetyka** | **Smak potrwa** | **Ilość**  **skontrolowanych porcji** | **Podpis osoby kontrolującej wydawany posiłek w oddziale** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Uwagi** | **Działania korygujące** | **Podpis osoby kontrolującej wydawany posiłek w oddziale** | **Podpis osoby upoważnionej w imieniu Wykonawcy** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Legenda:**

1. **P**- czyste, **N** - brudne – pod nieobecność dietetyka szpitala tj. w dni ustawowo wolne od pracy; kolacja
2. **P** - zapach, wygląd ogólny – właściwe dla danej potrawy, **N** – zapach, wygląd ogólny nieodpowiednie dla danej potrawy – pod nieobecność dietetyka szpitala tj. w dni ustawowo wolne od pracy; kolacja
3. **P**- temperatura posiłków przed przystąpieniem do wydawania posiłków pacjentom; dla potraw serwowanych na gorąco: zupa – temperatura nie niższa niż 750C, napoje gorące – temperatura nie niższa niż 800 C, II danie temperatura nie niższa niż 630 C, **N** – temperatura nie spełnia podanych parametrów – **codziennie każdy otrzymany posiłek**
4. **P** - zgodna ze zgłoszonym zapotrzebowaniem, **N** – niezgodna z zapotrzebowaniem – **codziennie każdy otrzymany posiłek.**