

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr HR-8/09

Szczecin 03.02.2009 r.

przeprowadzonej przez mjr. im. Upięszkę Lipińską - młodszą asystent Oddziału Higieny Radiacyjnej, mjr. Trabel Ute - m. ca. OHR
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

z wyznaczonymi kur 32 u. 3.1
pracownika (-ów)
upoważnionego (-ych) przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie.

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 2006 r. Nr 122, poz. 851 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz 1071, z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny, ul. 2. Pomorskiej Akademii Medycznej, Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin

I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny, ul. 2. Pomorskiej Akademii Medycznej

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

Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin

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

I.3. NIP 955-19-08-958 REGON 000288900 PESEL ---

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

lek. med. Ryszard Ciannaroni - dyrektor

I.5. Przedstawiciel zakładu/objektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)

Kierownik zespołu techników

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):

nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 03.02.2009 r. godz. 9:00

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Opisane jednostki organizacyjne cele i wykonanie wszelkich me. uru. i b. me. me. pracowni

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

0000018427

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

Victoreem 470A

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

nie dotyczy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- 1) Załącznik o nadaniu uprawnień na Inspektora Odwoz. Radiologicznym
- 2) Licencje onkolog. lekarskie
- 3) Licencje pracowników dozyn. dozymetry. indywidualny
- 4) Knp. p. jakosa
- 5) Projekt zmian statyst.
- 6) Sprawozdanie z testów kontroli fizykal. parametrów aparatu nr 5129e/2008
- 7) Instrukcje pracy z aparatem rzy
- 8) Program szkoleń
- 9) Zdrutowany plan postępowanie awaryjnego
- 10) Program bezmierz. st. w. j. odwoz. i odwoz. radiologicz.
- 11) Sprawozdanie z pomiarów promieniotwórczości jądrowej

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

nie dotyczy

Data i godz. zakończenia kontroli: 03.02.2009, 11¹⁵

Łączny czas kontroli: 2 godz. 15 min

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PAM w Szczecinie

lek. med. Ryszard Chmurowicz

(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PAM w Szczecinie
70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72
Zakład Diagnostyki Radiologicznej
Inspektorat Państwowy Radiologicznej

MŁODSZY ASYSTENT
Oddziału Higieny i Radiacji
Działu Nadzoru Sanitarnego
Woj. Stacji Sanit.-Epidem. w Szczecinie

I. Czepita
mgr Izabela Czepita

(podpis i/lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

(.....nych podczas kontroli)

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 03.02.2009 r.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PAM w Szczecinie
Al. Powstańców Wielkopolskich 72
70-111 Szczecin
tel. 091/466-10-10, fax 091/466 10 15
NIP 955-19-08-958 Regon 000288900

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PAM w Szczecinie

lek. med. Ryszard Chmurowicz

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/objektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”
** - właściwe zakreślić