

**PROTOKÓŁ KONTROLI**

Nr FP-119/09 ..... Szczecin 11.03.2009 r. .....  
(Miejscowość i data)  
przeprowadzonej przez Ewa Władysławską asystent nr wpisu: PS-92/07 .....  
Hermiła Szalepijska ml asystent nr wpisu: PS-13/08 .....  
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)  
.....  
pracownika (-ów)  
upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego 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 Nr 2 PAM  
w Szczecinie ul. Powoj 101kmp. 72

**I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:**  
Ryszard Chmura - dyrektor  
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / telefon / faks)  
**I.3. NIP** 959-19-08-959 **REGON** 000288900 **PESEL** .....

**I.4. Kierujący zakładem/obiektom kontrolowanym:** (imię i nazwisko, stanowisko)  
Ryszard Chmura - dyrektor

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

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

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

**II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** 11.03.09 p. 11:00

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** kontrola higieniczna, zwrócona  
na sterylną szpizmatkę, sprzęt do higieny stóp, rąk i narzędzia  
na oddział szpitalny

**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.): KRS 0000012427

wie obciążona z postępowania administracyjnego z tytułu epidemiologii  
kontrola: przeprowadzona na oddziałach i kabinach higieny  
kontrola: 1. dermal-tekst. w szpitalu sprzątkowe procedury  
Anon. szpitalnego. Adresy: tekst. i personel szpitala  
Time: szpital na odd. kardiologii i dermatologii  
personel szpitala na odd. kardiologii. Sz. sprzątkowe  
procedury higieniczne sprzątkowe: personel szpitala  
obowiązujący: zwrócona: fundus, sprzątkowe: personel. Na oddziałach  
na oddziałach: czynności do: pakowania: tekst. do: higieny  
zob. przy: szpitalu: sprzątkowe: personel: szpitalu

*[Signature]*



III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*:

ni dotyczy

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

ni dotyczy

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

ni dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

Procedury higieniczne opracowane przez Zespół d/s Zakładu Żelazek

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

ni dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu\*

ni dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę nie wnoszę\*\* uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. ... (nie nałożono) nałożono\*\* mandat karny na .....

(imię i nazwisko, stanowisko)

..... w wysokości..... na podstawie art. ....

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr .....

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono (nie naniesiono)\*\* .....

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

Handwritten signature

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania\*\*.

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.

Dokonano/nie dokonano\*\* wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli\*\*

Wydano/nie wydano\*\* na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej \*\*

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PAM w Szczecinie 70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72  
Data i godz. zakończenia kontroli: 11.03.2008 g 13<sup>30</sup> Łączny czas kontroli: 2,5

.....  
(przedstawiciela kontrolowanego zakładu)  
.....  
(podpi

MLODSZY ASYSTENT  
POWIATOWEJ STACJI  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ  
Szczecin  
.....  
(podpis i/lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych)

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 16.03.08

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 955-19-08-052, Regon 000286300

Z-CIA DYREKTORA  
ds. ekonomiczno-administracyjnych  
Samodzielnego Publicznego Szpitala  
Klinicznego Nr 2 PAM w Szczecinie

mgr Emilia Afiewicz  
(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/obiektu 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”  
\*\*- właściwie zakreślić

Handwritten initials