

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr HP- 4/09

Szczecin, dn. 15.01.2009 r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Hanę Pawlak, starszego asystenta, numer upoważnienia PS/101/07

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika upoważnionego 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):

Sanoidalny Poliklinikum Szpital Klewarski w 2
Pomorskiej Akademii Medycznej ul. Państw. Wolp. 72
70-111 Szczecin tel. 091-466-10-00 fax - 091-466-10-15

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

Sawicki, Rafał Szpital Klewarski w 2 PAM
ul. Państw. Wolp. 72

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

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

I.3. NIP 955-19-09-958 REGON 000288800 PESEL

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

dr med. Renata Chmura - Dyrektor

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

insp ds. BHP

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: 15.01.2009r. godz. 11⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: zgodny z upoważnieniem
w 4/HP z dn. 14.01.2009r.

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 - 0000018487
Materiał PIP w 14181 - K106 - HK 01/2008 z dn. 28.11.2008r.

Kontrola sprzychności decyzji PS/HP/600/UR1/84d/08
z dn. 16.10.2008r.

pkt 1, 2, 3, 4.1, 4.2 - wykonano

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: *nie dotyczy*

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

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

*sprawdzenie z badań nadawczej pracy z dn. 09.12.2008r.
wynikających przez WOSE w sprawie*

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

*rejestr urządzeń radiowyciskających występujących w SPSt w 2
rejestr urządzeń radiowyciskających dla zaliczenia
występujących w świadczoną pracę*

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

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*
nie dotyczy

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 15.09.09.....

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

mgr Emilia Afewicz

.....
(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

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 grzywien 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)

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 **

.....

.....

Data i godz. zakończenia kontroli: 15.01.2009 r. godz. 13

Łączny czas kontroli: 2 godz.

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

mgr Emilia Aftewicz

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

Inspektor ds. BHP

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Porcel

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