

Szkielet i kości... 2. 32 x 134...
Pozostałe...
Prof...

Wynik...
Wynik...
Wynik...

Do...
Do...

W...
W...

W...
W...

Do...
Do...

Temat...
Temat...
P.A.I.T. - M. P...

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli:

brak

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

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

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

Wynik...
Wynik...

Handwritten signature

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

nie stwierdzono

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie załączono

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)

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: 26.02.2010r. godz. 13:30

Łączny czas kontroli: 2 h

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PAM w Szczecinie
70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72
KLINIKA PATOLOGII NOWORODKA
Tel. (091) 466 13 67, tel./fax (091) 466 13 75
Nr Umowy 16-00-00749-07-04
NIP: 955-19-08-058

Protokół kontroli nr EP-75/10

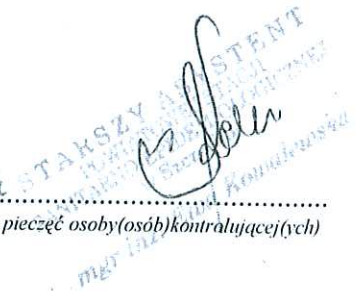
Strona 4 z 4

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

.....
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Ewa Antoniewicz

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



POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 26.06.2010r.

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 955-19-08-058

D Y R E K T O R
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/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