

KANCELARIA
Dn. 01.02.2010
532

DYREKTOR Strona 1 z 4
Samopomocy Publicznej
Szpitala Klinicznego Nr 2 PAM w Szczecinie
Szczecin, med. Ryszard Chmurałowicz
Szczecin, 29.01.2010r.
(Miejscowość i data)

PROTOKÓŁ KONTROLI

OP + BHP + Pi. En.
CA DYPLOMATYKA
ekonomicznych i administracyjnych
amocznego Publicznego Szpitala
Klinicznego Nr 2 PAM w Szczecinie
mg. Ryszard Chmurałowicz

Nr. 37/10
wzadzanej przez

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
Ryszard Chmurałowicz - PIS - ul. Asyrenuf. w. Ps. 53/07
Ryszard Chmurałowicz - Rada

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):
Zawodniczy Publiczny Szpital Kliniczny M.d.
Al. Powstańców Wielkopolskich 7 d
10-111 Szczecin

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Pomocnica Karola Wł. Medyana w. Anetina
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)
ul. Rydzka 1
t. 0-204 Szczecin
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

I.3. NIP 955-190-89-58 REGON 000 288 900 PESEL -

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

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

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: 29.01.2010r. 10⁴⁵

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: stan sanitarny i techniczny oraz stanu środowiska
gazyca i pomieszczeń przywieszonych (materiał, nagła wypluczenia, lufy, aformie)
over Anetina przy jego dokumentacja, zdrowotność, procesy i kół
i apteka, placówek pomocy medycznej

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.):
brak porępowanie osobom

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

nie użyto

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

nie pobrano

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

nie korzystano

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

nie oceniano

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

nie stwierdzono nieprawidłowości

Data i godz. zakończenia kontroli: 29.01.2010 r.

Łączny czas kontroli: 1h

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PAM w Szczecinie
70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72
DZIAŁ TECHNICZNY-GŁÓWNY ENERGETYK

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

1145
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PAM w Szczecinie
70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72
DZIAŁ TECHNICZNY
Tel. 091/466 10 70 do 74
techsk2@med.pam.szczecin.pl
NIP: 955-19-08-958, Regon: 000288900

MŁODSZY ASYSTENT
Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
w Szczecinie

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

.....
(podpis i lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))
mgr inż. Ewa Kramel

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 29.01.2010 r.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PAM w Szczecinie
70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72
DZIAŁ TECHNICZNY-GŁÓWNY ENERGETYK

.....
(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

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

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

[Signature]

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. nie nałożono/ nałożono**
mandat karny na

(imię i nazwisko, stanowisko)

(nr mandatu karnego)

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

(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 **