

PROTOKÓŁ KONTROLI

Szczecin 29 października 2009 r.
(Miejscowość i data)

Nr 055-153010

przeprowadzonej przez młodszego asystenta w Oddziale Nadzoru Zapobiegawczego Halinę Staszczuk nr upr. 40 pracownika upoważnionego przez

Zachodniopomorskiego 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 Nr 2 Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin

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

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

(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 955-19-08-958

REGON 000288900

PESEL.....

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

lek med Dyseonid Chmurca - Dyrektor

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

- Insp. Ocena Kędziol

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

Agnieszka Lipińska- asystent Oddz. Hig. Rad.

Izabela Czepita - asystent Oddz. Hig. Rad.

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 29 października 2009 godz 10⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: odbiór Pracowni Mammograficznej Zakładu Diagnostyki Rentgenowskiej

III. WYNIKI KONTROLI:

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

1) obiekt nie ma sytuacji zagrożenia - kontrola -
przebieg: przywrócić stan kontrolnej -
przebieg: zastąpić zainstalowane z przedk-
bielami -
2) nie ma sytuacji zagrożenia -
2) nie ma sytuacji do wykonania -
kierownik

- typu Multi Care Plakimium
 Pakietowane wyposażenie i identyfikator, medyczny
 i kliniczny.
 Pakietowane, przygotowane zgodnie z moją listą
 obliczenia ośmiu statych. Niezgodności przez ZTUS
 w sprawie 11 października 2010 r. nr 404-1407/10

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:

1. Protokół skuteczności i użyteczności medycyny
 z dnia 15.10.2010 Firma WKP "Mazur Koszowski"
2. Protokół kontroli sanitarnych HL-113/10
 z 29.10.2010 sporządzony przez Adar Jędrzejko
 wraz z protokołami efektów do oceny
 stopnia

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

Nie dotyczy

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

nie stwierdzono nieprawidłowości

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:** nie dotyczy

.....
 (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 jednym² jednobrzmiącym egzemplarzu, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania.**

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

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: 28.10.2010 godz 11⁰⁰

Łączny czas kontroli: 190ch

**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
 PAM w Szczecinie
 70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72
 ZAKŁAD DIAGNOSTYKI RENTGENOWSKIEJ
 tel. (091) 466 11 74, fax (091) 466 11 75
 ... Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
 (podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)
 70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72
 Zakład Diagnostyki Rentgenowskiej
 Inspektor ds. Ochrony Radiologicznej**

MŁODY
 Gdziałek
 Wój
 (podpis i/lub pieczęć osoby/osób kontrolującej(ych))

.....
 (podpis osoby..... czasu kontroli)

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu.....
 Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
 PAM w Szczecinie
 70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wielkopolskich 72
 Zakład Diagnostyki Rentgenowskiej
 Inspektor ds. Ochrony Radiologicznej

.....
 (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.