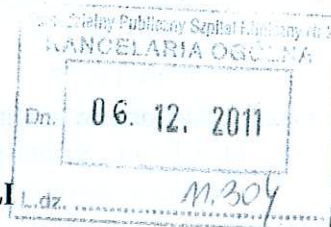


Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Szczecinie
71-342 Szczecin, ul. Wincentego Pola 6

PROTOKÓŁ KONTROLI



Nr HP- 667/11

Szczecin, dn. 01.12.2011 r. (Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Marię Mokrzycką- starszego asystenta, numer upoważnienia PS/102/07
Joannę Kalicińską- młodszego asystenta, numer upoważnienia PS/12/11
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracowników upoważnionych 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 2011 r. Nr 212, poz. 1263), 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 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
70-111 Szczecin
ul. Powstańców Wielkopolskich 72
tel. 91 46-61-039

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

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

ul. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin

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

I.3. NIP 955-190-89-58 REGON 000288900 PESEL nie dotyczy

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

Ryszard Chmurowicz- Dyrektor Szpitala

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

...kierownik... szpitalu... klinicznego... pracownika...

...Sp. z o.o. ... kierownik...

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

...mel... dohycy...

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 30.11.2011 r. godz. 11⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

Zgodnie z upoważnieniem Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego Szczecinie z dnia 30.11.2011 r. nr 597/HP

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.):

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli

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

.....
 DZIAŁ KADROWO-PLACOWY
 Starszy Specjalista ds. Księgowości
 WIEROWNTK
 Działu Kadrowo-Placowego

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: 01.12.2011 r.,

Łączny czas kontroli: 3 godz.

DYREKTOR
 Samodzielnego Publicznego
 Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

lek. med. Hubert Chmurowicz
 (podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

MŁODSZY ASYSTENT
 POWIATOWEJ STACJI
 SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
 w Szczecinie

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

M. Mokryjko
 (podpis i/lub pieczęć osoby(ów) kontrolującej(ych))
 Joanna Kalicińska

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitacyjnej Nr 2 z dnia 01.12.2011 r. z tytułem (-am) w dniu.....

Samodzielnemu Publicznemu Szpitalu Klinicznemu Nr 2 PUM w Szczecinie

70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72

DZIAŁ KADROWO-PLACOWY

tel. 91/466 10 40

NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

DZIAŁ KADROWO-PLACOWY

Starszy Specjalista ds. Księgowości

01.12.2011 r.

(podpis i pieczęć osoby kontrolującej(ych) 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”

** - właściwe zakreślić