

### PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP-240<sup>11</sup> E.A

Szczecin, dnia 06.05.2011r.

przeprowadzonej przez Ewa Antoniowicz - mm. gmf. Nr wp. PS-P8/07  
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

..... 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):  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie Al. Powst. Wielkopolskich 72

**I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:**  
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie  
ul. Rybacka 1  
(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** 95-19-08-558 **REGON** 00038900 **PESEL** nie ma

**I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym:** (imię i nazwisko, stanowisko)  
Ryszard Chmura - Dyrektor

**I.5. Przedstawiciel zakładu/objektu w obecności, którego przeprowadzona kontrola\*** (imię i nazwisko, stanowisko)  
Teresa Gmerek

**I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrola\*** (imię i nazwisko, ewentualnie adres):  
nie dotyczy

#### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

**II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** 06.05.11r. godz. 9<sup>00</sup>

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** bieżący stan sanitarno-higieniczny, przestrzeganie reżimu p/epidemicznego i procedur zapobiegających chorobom zakaźnym i zakażeniom

#### 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-0000012427

Kontrolę przeprowadzono w Oddziale Kwartowyśkiej i Reumatologii, Intensywnej Terapii z Pododdziałem Ostrej Lecznicy oraz w Pracowni Endokrynii.

Podczas kontroli wypróbowano formułki: F/EP/14, i F/EP/105. Kłopoty do oglądu w PSSE kuchen



nie dotyczy

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)

(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\*\* ... d.n. ... 1, 2. maj

numerze protokołu skreślono 10 wpisów 11

(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 \*\*

Handwritten signature

Data i godz. zakończenia kontroli 06.05.11

Łączny czas kontroli: .....

**Z-CA DYREKTORA**  
**ds. Lecznictwa**  
**Szpitala Klinicznego Publicznego**  
**Nr 2 PUM w Szczecinie**  
**Prof. zw. dr hab. n. med. Piotr Czerwiński**  
.....  
(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

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

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

**POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 06.05.11

**Z-CA DYREKTORA**  
**ds. Lecznictwa**  
**Szpitala Klinicznego Publicznego**  
**Nr 2 PUM w Szczecinie**  
**Prof. zw. dr hab. n. med. Piotr Czerwiński**  
.....  
(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”  
\*\* - właściwe zakreślić