

PROTOKÓŁ KONTROLI

OP
19 września
Nr HK-412/11

Szczecin, 14.04.2011 r.

przeprowadzonej przez Jadwigę Ojczanowską, st. asystenta (Miejscowość i data)
upoważnienie nr PS-45/07 (imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)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 PUM
70-111 Szczecin, ul. Powstańców Wlkp. 42

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

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
70-204 Szczecin, ul. Rybacka 1

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

I.3. NIP 5551908958 REGON 00028900 PESEL nie dotyczy

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

Ryszard Chmurcziak - dyrektor

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

st. inspektor d/s technicznych

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: 14.04.2011 r. godz. 12:50

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: zgodny z upoważnieniem nr 410/HK
z 14.04.2011 r. o przeprowadzeniu czynności kontrolnych.

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 i innych kontroli: legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.)

KRS nr 0000018427. W zupku ze stanem sanitarno-technicznym Pomorskiego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie
wydat decyzje administracyjne, które sukcesywnie są realizowane
to decyzje nr:

PS-HK-600-410/64/2483/06 z 27.11.2006r.

PS-HK-600-410/82/08 z 23.10.2008r.

PS-HK-600-410/111/09 z 23.11.2009r.

PS-EP-2-16/10 z 21.10.2010r.

Podczas kontroli stwierdzono wykonanie zaleceń decyzji nr PS-EP-600-2-16/10 z 21.10.2010r., z zakresu higieny komunalnej, opisanych w punktach: 1, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 18.

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:

nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

nie oceniano dokumentów

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

nieprawidłowości nie stwierdzono.

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:

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: 14.04.2011v, godz. 14²⁰ Łączny czas kontroli: 1,5 godz.

**STARSZY INSPEKTOR
 ds. Technicznych**

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

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
 PUIM w Szczecinie
 70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
DZIAŁ TECHNICZNY
 e-mail: techskz@pam.szczecin.pl
 tel. 91/466 10 70, -72; fax 91/466 10 71
 NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

STARSZY ASYSTENT
 Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
 w Szczecinie
 Jadwiga Gyzanowska

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

(podpis i/lub pieczęć osoby(osób)komunikujących)

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 14.04.2011v.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
 PUIM w Szczecinie
 70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
DZIAŁ TECHNICZNY
 e-mail: techskz@pam.szczecin.pl
 tel. 91/466 10 70, -72; fax 91/466 10 71
 NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

**STARSZY INSPEKTOR
 ds. Technicznych**

(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