

Dn. 1 1. 07. 2013

PROTOKÓŁ KONTROLI

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

OP 1 BHP
179
Zakład Państwowej Inspekcji Sanitarnej
Urząd Miejski w Szczecinie
Szczecin, ul. Piłsudskiego 2 PUK w Szczecinie 6
Emilia Ałtawicz

przeprowadzonej przez Justynę Kieciuk, anarcho, m. upoważnienie PS-66/12
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
Krzysztof Janota, m. anarcho, m. upoważnienie PS-61/12
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. 2011 Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. 2013 poz. 267).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny, ul. 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Passażowa, Wrocławskich 42
91-111 Szczecin

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)

70-204 Szczecin

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

I.3. NIP 855-18-08-858 REGON 000288800 PESEL me dotyczy

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

Barbara Turkiewicz - Dyrektor

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

- Inspektor ds. BHP

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

me dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 10.07.2013r.

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola sprawności wykonania zadań
związanych w decyzji Nr PS-EP-600-2-57/M z dnia 19.10.2011r.

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.):

Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego - 0000018427

15. tabela czynności kontrolnych do Attestowane:

- wykonanie pkt. 15. decyzji Nr PS-EP-600-2-57/M z dnia 19.10.2011r. -

odwołano pomieszczenie Biurady Gospodarczej:

a) Sztuka Nola

b) Sztuka duze

c) Pomieszczenie z kabiną RTG parq

d) Pomieszczenie klatki

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 dotyczy

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

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: 10.07.2013 r.

Łączny czas kontroli: 1 godz.

Z-GA DYREKTORA
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
 Samodzielnego Publicznego
 Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

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

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

ASYSTENT
 POWIATOWEJ STACJI
 SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
 w Szczecinie

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

MŁODSZY ASYSTENT
 POWIATOWEJ STACJI
 SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
 w Szczecinie

Agnieszka Jurkota
 (podpis i/lub pieczęć osoby(osób) kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 10.07.2013 r.

Z-GA DYREKTORA
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
 Samodzielnego Publicznego
 Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

.....
Emilia Aftewicz
 (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