

OP  
BHP  
[Signature]

PAŃSTWOWY INSPEKTOR SANITARNY  
Pieczeń państwowego inspektora sanitarnego  
71-342 Szczecin, ul. Władysława Pola 6

Strona 1 z 2  
KANCELARIA OGÓLNA  
29.01.2013  
Liczba 709

### PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr IP-53/13

Seczeai, dnia 28.01.2013  
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Jutymę Zielińską, mgr. upoważnienie PS-66/11  
*(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)*  
Agnieszkę Janotę, mgr. argument, nr upoważnienie PS-62/12

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Pomorskiego Inspektora Sanitarnego w Seczeai.  
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 (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, ul. Wielkopolskiej 92  
71-101 Szczecin

**I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:**  
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie  
ul. Rybockie 1  
*(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)*  
ul. 10 - 101 Szczecin

*(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)*  
**I.3. NIP** 955-19-08-958 **REGON** 000288800 **PESEL** nie dotyczy

**I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym:** *(imię i nazwisko, stanowisko)*  
Dr. Rydzan Chmielowiec - Dyrektor

**I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту 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):*  
nie dotyczy

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

**II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** 28.01.2013

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** kontrola sprawozdanie wykonane zgodnie z  
zawartych w decyzji Nr PS-EP-600-2-51/11 z dnia 18.10.2011r.

### III. WYNIKI KONTROLI:

**III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie** *(stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-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  
nr toków cywilnych sądowych odwołanych  
- wykonane (pkt. 16 decyzji) Nr PS-EP-600-2-51/11 z dnia 18.10.2011r.

**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:**

- Sprawozdanie Nr S.P.R. 84/12 z dnia 24.07.2012 r. z pomiarów metodami słowych  
 - Sprawozdanie Nr S.P.R. 85/12 z dnia 24.07.2012 r. z pomiarów metodami słowych

**III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:**

nie dotyczy

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

nie dotyczy

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**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 .....**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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: 28.01.2013r.

Łączny czas kontroli: .....

**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie  
*lek. med. Wiesław Chmurowicz*

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
PUM w Szczecinie  
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72  
tel. 91/466 10 10, fax 91/466 10 15  
NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

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

ASYSTENT  
POWIATOWEJ STACJI  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ  
w Szczecinie  
*mgr inż. Justyna Zięcik*

MŁODSZA  
POWIATOWEJ  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ  
w Szczecinie

(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 .....

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
PUM w Szczecinie  
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72  
tel. 91/466 10 10, fax 91/466 10 15  
NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie  
*lek. med. Wiesław Chmurowicz*

(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