

Dn. 04.12.2014

PROTOKÓŁ KONTROLI

OT  
DIREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

Nr .EP-884/14

Szczecin, dnia 03.12.2014r.  
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez..Ewę Dombrowską, st. asystent, upoważnienie nr PS-15/14  
(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 2011 r. Nr 212, poz. 1263 ze 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 2013r. Poz. 267 ze zm.).

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

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

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie

Al. Powstańców Wielkopolskich 72; 70-111 Szczecin

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

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie

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

Al. Powstańców Wielkopolskich 72; 70-111 Szczecin

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

**I.3. NIP 955 19 08 958 REGON 000288900 PESEL nie dotyczy**

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

Barbara Turkiewicz- dyrektor

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

..... - pielęgniarka epidemiologiczna, ..... - pielęgniarka epidemiologiczna,

..... kierownik działu technicznego

**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:** 03.12.2014r. Godz.13.00

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** Kontrola sprawdzająca usunięcie nieprawidłowości wskazanych w protokole N-EP-17/14 , p-kt IV z dnia 22.08.2014r.

## 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 w KRS: 0000018427,

W gabinetach lekarskich Poradni Ginekologii Operacyjnej oraz Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej wykonano dodatkową wentylację wywiewną tym samym usunięto nieprawidłowości wskazane w Protokole Kontroli Nr N-EP-17/14 , p-kt IV z dnia 22.08.2014 r.

**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

**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 \*\* .....**

.....

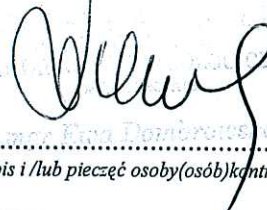
Data i godz. zakończenia kontroli: 03.12.2014r. Godz. 15.00

Łączny czas kontroli: .2 godz.

SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA  
EPIDEMIOLOGICZNEGO

.....  
(podpis i/lub pieczęć osoby/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 3.12.2014 .....

SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA  
EPIDEMIOLOGICZNEGO

.....  
(podpis i pieczęć .....

.....  
ej 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