

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego
PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Szczecinie
71-343 Szczecin, ul. Wincentego Pola 6

Nr EP-125/14

Szczecin, dnia 05.03.2014r.

przeprowadzonej przez EWO Antoniciewicz m. (Miejscowość i data)
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych) Nr PI-17/13

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 2011r. 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 2013 r. poz. 267

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM
ul. Powst. Wielkopolskich 172 70-111 Szczecin
Telef: 91-466-1000

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

I.3. NIP 955-19-08-958 REGON 000288900 PESEL me det
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)
Barbara Turkiewicz - Dyrektor

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekty w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)
Melchiora Emilia Słojanow

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 05.03.2014r. godz. 8:30

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Bieżący stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń, przestrzeganie procedur p/epidemicznych, przestrzeganie procedur zapobiegających chorobom zakaźnym i zakażeniom oraz przestrzeganie zakazu palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych.
w mecowym ewidencjonowaniu.

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.): KRS: 000018427

Wobec Pracowni ewidencjonowej prowadzącej postępowania administracyjne - istnieje decyzja administracyjna przewidziana w 2015 roku zmianie lokalizacji mecowi.

W zakresie przedmiotu ul. zakazu palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych. Zmiana przepisów i zmian w umi.

w ustalonym miejscu.

Podczas kontroli wykorzystano formularz F/EP/105, który jest do wypełnienia w 15 min. Po zakończeniu w formularzu od 7:30 - 15:00

Formularz zawiera szczegółowe informacje dotyczące Pracowni ewolucyjnej.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli:

nie dot

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

nie dot

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

nie dot

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- kopia badań diagnostycznych
- zeszyt ekspozycji, kalendarz kalibracyjny
- notatki nycie, dyskusje
- procedury wdrożenie i procedury korekcyjne dotyczące badań ewolucyjnych

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

nie dot

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie dot

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszą/nie wnoszą** 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 grzywnien 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: 05.02.14w. godz. 10⁰⁰ Łączny czas kontroli: 1,5h

(podpis i/lub pieczęć

z kontrolowanego zakładu)

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2

PIUM w Szczecinie

70-111 Szczecin, ul. Powstańców Wielkopolskich 72

tel. 91/466 10 10, fax 91/466 10 15

NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

E. Antoniowicz

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 05.02.14r.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2

PIUM w Szczecinie

70-111 Szczecin, ul. 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 PIUM w Szczecinie

(podpis i/lub pieczęć osoby(osób)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