

Nr EP- 270/14
Szczecin, dnia 09.05.2014
przeprowadzonej przez FWO Autopienicy - cm (Miejscowość i data)
(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).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM
ul. Zost. Wielkopolskiej 42 70-111 Szczecin
tel: 91 466-1000

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

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)
I.3. NIP 855-19-08-952 **REGON** 1400288900 **PESEL** MAR 2108

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

I.5. Przedstawiciel zakładu/objektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)
mgr inż. Andrzej Szymajda, kier. epidem. i higieny

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 09.05.2014 godz.

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: bieżący stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń, przestrzeganie reżimu p/epidemicznego, przestrzeganie procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym oraz przestrzeganie zakazu palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych.

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.):
000018427 - KRS

Pracownicy nie postępowanie administracyjno-egzekucyjne
nieobecność pracowników odpowiedzialnych za kontrolę
Pracownicy
W zakładzie nie ma zakazu palenia tytoniu
i wyrobów tytoniowych. Zakaz nie jest wywieszony.

formulek dotyczącej informacji i przepisów na temat Programu Komputerowej Oceny Podatników i Symtu oraz działania zapobiegawczych czynności w zakresie w Programie Komputerowej.

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:

- zestaw brocho - lista i innych kompletna jednorodnych
- listy do wystawki i
- lista użytych kodów domagalnych

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.

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: 03.05.14w. godz. 12:20 Łączny czas kontroli: 1:15

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PJM w Szczecinie
(podpis i/lub pieczęć osoby kontrolującej)

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 03.05.14w. SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA
(podpis i pieczęć

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