

OP
Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego
us. ekonomiczny
Samodzielny Publiczny
Szpitala Klinicznej
Emilia
NR-203/14

PROTOKÓŁ KONTROLI

Szczecin, dnia 09.07.2014.

przeprowadzonej przez Małgorzatę Sołgajewicz, MF asystenta, Mp. PS-59/14
(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 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 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. Powstańców Wielkopolskich 72, 71-100 Szczecin

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań: Barbara Jurkiewicz - Dyrektor

.....
ul. Powstańców Wielkopolskich 72,
71-100 Szczecin

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

I.3. NIP 955190885R **REGON** 000288900 **PESEL** nie dotyczy

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

I.5. Przedstawiciel zakładu/objektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)
Staszyński Inspektor ds. techniczny

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: 09.07.2014

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: prawokompleksowe wykonanie założeń decyzji
Nr PS.FP.600-2-230/13 z dn. 20.12.2013.

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 KRS: 000008474

Obowiązującą postępowanie decyzje administracyjne z administracyjnym adresem
miejscowym Samodzielny: PS-FR.600-41012/10E z dn. 23.10.08, PS-FP.600-2-54/M
z dn. 12.11, PS-FP.600-2-177/12 z dn. 05.11.12, PS-FP.600-2-230/13 z
dn. 20.12.13.

Jakoś kontrola stwierdzono wykonanie założeń decyzji
Nr PS.FP.600-2-230/13 z dn. 20.12.2013, opisanego w
punkcie 1 przedmiotowej decyzji. Założeń dotyczących zakreślenia

higieny domacności.

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:
Dokumentacja 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: 09.04.2011.

Łączny czas kontroli: 1h

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PUM w Szczecinie
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72 STARSZY INSPEKTOR
DZIAŁ TECHNICZNY ds. Technicznych

tel. 91/ 466 10 70/-72; -74, fax 91/ 466 10 71
NIP: 955-19-08-958; REGON: 000288900
(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymany (am) w dniu 09.04.2011.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 STARSZY INSPEKTOR
PUM w Szczecinie ds. Technicznych
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
DZIAŁ TECHNICZNY

tel. 91/ 466 10 70/-72; -74, fax 91/ 466 10 71
NIP: 955-19-08-958; REGON: 000288900
(podpis 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