

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr HP-748/14

lek. med. Barbara Turkiewicz
Szczecin, dnia 14.12.2014r.

przeprowadzonej przez Justynę Ziętek & argument m. upoważnienie 15-72/14
(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. 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. 2013 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 Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 71-111 Szczecin
tel. (81) 466 10 00

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
ul. Dybka 1
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)
70-204 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/obiektom kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)
Barbara Turkiewicz - Dyrektor

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)
- specjalista ds. DHP

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: 17.12.2014r.

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrole sprzedawca wykonanie umów
szarych w decyzji Nr 75.EP-600-2-230/13 z dnia 10.12.2013r.

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.):

W stosunku do kontrolowanego aktualnie prowadzone jest postępowanie
administracyjne ze strony Państwowej Inspekcji Pacy. Należ. z P.I.P.
Nr rej. 14185/5301-KO.91.NK.01/13 z dnia 15.10.2013r.
Dotychczas prowadzone jest na podstawie wpisu do KRS prowadzone
przez Sąd Rejonowy Szczecin - Centrum w Szczecinie, XIII Wydział
Gospodarczy, którego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 000018427
to takie w czynności kontrolnych stwierdzono:
- wykonanie pkt. 96 i 97 decyzji Nr 75.EP-600-2-230/13 z dnia
10.12.2013r. - wymienione wskazane dane kontrolowane na podstawie

w kontenerze oraz odnawiono białe ściany i sufit w kontenerze przy punkcie pobrany (p. 2.18) laboratorium Centralnego

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

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: 17.12.2014 r.

Łączny czas kontroli: 1 godz.

Z-CA DYREKTORA
 Ds. Lecznictwa
 Samodzielnego Publicznego
 Szpitala Klinicznego NR 2 PUM w Szczecinie
 dr.hab.n.med. Maciej Żukowski
 (podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

STARSZY ASYSTENT
 POWIATOWEJ STACJI
 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 17/12/2014

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: 955-19-02-958, REGON: 000288900

Z-CA DYREKTORA
 Ds. Lecznictwa
 Samodzielnego Publicznego
 Szpitala Klinicznego NR 2 PUM w Szczecinie
 dr.hab.n.med. Maciej Żukowski
 (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