

Gemeinschaftlicher Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
KANDELABRIA OGÓLNA  
Dnia: 03.02.2014  
Lp. 890

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

### PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr HK-76/14 .....  
Szczecin, dnia 29.01.2014..  
przeprowadzonej przez Magdalena Szlachetka, Mi. asystenta, Np. P5-79/12  
(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).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks)  
Gonimobielny Szpital Kliniczny Nr 2  
Polnprski ead, Uniwersytetu Medycznego  
Al. Powstańców Wielkopolskich 12, 71-100 Szczecin  
I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:  
Barbara Jurkiewicz - Dyrektor  
SPSK Nr 2 PWN w Szczecinie  
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organizacyjny w przypadku spółki cywilnej wszystkie wszystkich współników)  
Al. Powstańców Wielkopolskich 12, 71-100 Szczecin  
(adres zamieszkania / adres siedziby / w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

I.3. NIP 9 55 19 08 958 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)  
Starszy inspektor ds. technicznych  
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: 29.01.2014  
II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: skontrolowanie wykonania zaleceń  
decyzji P5-EP 600-2-57/11 z 19.10.2011 r. i zgołome z otrzymanym  
pisemem nr EP 1001/004/13

### 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 kontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.)  
Obowiązuje następujące decyzje administracyjne z ramienia  
zakresem łącznej komisji: P5-HR-600-4-1018/108 z 23.10.08  
P5-EP-600-2-57/11 z 19.10.11 r. i P5-EP-600-2-177/12 z 05.12.12  
P5-EP-600-2-230/13 z 20.12.2013  
Zobowiązanie kontrolowanego wykonać zalecenie decyzji  
Nr P5-EP-600-2-57/11 z dnia 19.10.2011 w zakresie trybunału  
kameralnej opisanym w punkcie 10 przedmiotowej  
decyzji.



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:

dokumentów nie oceniano

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

Nieprawidłowości nie stwierdzono







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 jednobrzniących 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: 29.01.2014

Łączny czas kontroli: 1h

STARSZY INSPEKTOR

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

tel: 91/466 10 70; fax 91/466 10 71  
NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

M. O. SZCZECIN  
SANITARNY

(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 29.01.2014

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

STARSZY INSPEKTOR

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

(podpis 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