

Samodzielny Powiatowy Inspektor Sanitarny Nr 2
KANCELARIA OGÓLNA
Dn. 12.05.2014
L.dz.

Samodzielny Powiatowy Inspektor Sanitarny Nr 2
KANCELARIA OGÓLNA
Dn. 12.05.2014
L.dz. 3781

Pieczczę państwowego inspektora sanitarnego

DYREKTORA
Urząd Exorwizacyjno-Administracyjnych
Samodzielny Publicznego
Sanitarny Powiatowy Inspektor Sanitarny Nr 2 PIUM w Szczecinie
Emilia Jędrzejewska

PROTOKÓŁ KONTROLI

Szczecin, dnia 30.04.2014.

przeprowadzonej przez Magdalene Gwóźdź, Mi. Np. Nr PS-40/12
(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):
Gomzobielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2,
Pomoczeko Ambulatoriu medycyny i stomiologicznej
ul. Panstwowa Wielkopolskich 42, 71-101 Szczecin

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Barbara Turkiewicz - Dyrektor
PSK, Nr 2 PIUM w Szczecinie
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)
ul. Panstwowa Wielkopolskich 42,
71-101 Szczecin
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

I.3. NIP. 95 519 08 958 **REGON.** 000 288 900 **PESEL** nie dotyczy

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

I.5. Przedstawiciel zakładu/objektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)
- Stanisław Jankowski - Dyrektor

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: 30.04.2014.

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: prawidłowe wykonanie zaleceń dotyczących:
PS.FP-600-2-177/12 z 05.11.2012, oraz PS.FP-600-2-293/13 z 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: 0000288900

Obowiązuje następujące decyzje administracyjne z uchyleniem zakazem
biznesu: PS.HK.4685-410182/02 z 25.10.08 r.; PS.FP-600-2-57/11
z 15.10.11 r.; PS.FP-600-2-177/12 z 05.12.12 r.; PS.FP-600-2-293/13 z
20.12.13 r.

Wobec kontroli stwierdzono: wykonanie zaleceń decyzji Nr PS.FP-600-177/12
z 05.12.12 r. dotyczących uchylenia zakazu i opalone w punkcie
do medycyny i stomiologii wykonano i ten zabieg i masaż w punkcie
opalone medycyny i stomiologii wykonano i ten zabieg i masaż w punkcie

Wykonano również zalecenie opisane w punkcie 81 decyzji nr
PS.FP-600-2-130/15 z dn. 11.11.15.
Ponadto podczas kontroli zastosowano wykonanie zaleceń z przesłanego
w punkcie 18 decyzji PS.FP-600-2-114/14 z dn. 05.10.14. z dnia 11.11.15.
Wykonanie przesłanego zalecenia
dotyczące wykonania zaleceń z decyzji dotyczących
zakresu międzykomunalnej.

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 oceniono.

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

naruszono*
nieprawidłowości nie stwierdzono.

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)

(nr mandatu karnego)

..... w wysokości..... na podstawie art.

(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: 30.01.2014

Łączny czas kontroli: 1h

STARSZY INSPEKTOR
ds. Technicznych

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

(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

DZIAŁ TECHNICZNY

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

(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 30.01.2014

STARSZY INSPEKTOR
ds. Technicznych

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

(podpis i pieczęć osoby kontrolującej protokół)

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

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