





**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: 3.03.2015 .....

SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA

Łączny czas kontroli: .....

(podpis i/lub pieczęć strony/prz

..... /słownego zakładu)

STARSZY ASYSTENT  
POWIATOWEJ STACJI  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ  
w Sulejówce

mgr Ewa Dombrowska

(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 3.03.2015 .....

SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA  
EPIDEMIOLOGICZNEGO

(podpis i pieczęć osoby

..... /okół)

**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

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP- 137/15

Szczecin, dnia 26.02.2015r

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez.. Ewę Dombrowską, starszy asystent, upoważnienie nr PS-15/14

(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 rt. 1 i rt. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011r. nr 212, poz. 1263 z późn. Zm.), w związku rt. 67 § 1 oraz rt. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 267 ze zm).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

**I.1. Zakład/obiekt kontrolowany:** (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM  
AL. POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH 72,  
70-111 SZCZECIN

**I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:**  
POMORSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W SZCZECINIE

(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

Ul. Rybacka 1, Szczecin

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

**I.3. NIP 9551908958 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)  
pielęgniarka epidemiologiczna

**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:** 26.02.2015r. godz. 12.30

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** kontrola tematyczna dotycząca stacji dializ

### 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 0000018427. Wobec kontrolowanej stacji dializ nie prowadzi się postępowania administracyjno-egzekucyjnego z zakresu epidemiologii. Skontrolowano wszystkie pomieszczenia stacji dializ. Szczegółowe informacje zawarto w wypełnionym formularzu F/EP/03 stanowiącego załącznik do protokołu kontroli Nr EP-137/15 z dnia 26.02.2015r

**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:**

Procedury higieniczne

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

Nie dotyczy

**V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu\***

Formularzu F/EP/03 do protokołu Nr EP 137/15  
Zestawienie ilościowe i numerowe sztucznych nerek

**VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.**

**Wnoszą/nie wnoszą\*\*** 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: 26.02.2015r. godz.14.30 Łączny czas kontroli: 2 godz.

 **SPE** STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA

.....  
(podpis i/lub pieczęć strony

.....  
lowanego zakładu)

**STARSZY ASYSTENT  
POWIATOWEJ STACJI  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ**

.....  
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

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

**POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ**

Protokół został odbiorzony przez **Stacjonarny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1** w dniu **26.02.2015**

**PUM w Szczecinie**

70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72

tel. 91/ 466 10 10, fax 91/ 466 10 15

NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

**SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA**

.....  
(podpis i pieczęć osoby od

**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