

OP  
DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie  
lek. med. Barbara Turkiewicz

Egz. nr 1/2\*)

## PROTOKÓŁ KONTROLI

przeprowadzonej przez konsultanta wojewódzkiego  
dla obszaru województwa zachodniopomorskiego

w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 2  
(nazwa podmiotu)

z siedzibą w Szczecinie, ul Powstańców Wielkopolskich 72,  
(adres podmiotu)

zwanym dalej „jednostką kontrolowaną”

kierowanym w okresie objętym kontrolą przez: dr Barbarę Turkiewicz  
(imię nazwisko, data objęcia stanowiska służbowego)

### Rodzaj kontroli (zaznaczyć odpowiednio) :

- sprawdzająca (obejmująca badanie sposobu wykorzystania uwag i wykonania wniosków z wcześniejszych kontroli)

Data rozpoczęcia kontroli 07.12.2015

Data zakończenia kontroli 07.12.2015.

Kontrolujący

Prof. dr hab. med. Romuald Bohatyrewicz  
(imię i nazwisko)

na podstawie upoważnienia do kontroli

65/2015 z dnia 04.12.2015

(numer i data wystawienia upoważnienia)

Przedmiot kontroli:

**Celem kontroli jest sprawdzenie:**

Czy zostały spełnione zalecenia pokontrolne z dnia 16.02.2015

Okres objęty kontrolą wrzesień-grudzień 2015.

Przed rozpoczęciem czynności kontrolnych kontrolujący zawiadomił kierownika jednostki kontrolowanej o przedmiocie kontroli, okazał pisemne imienne upoważnienie

\*) niepotrzebne skreślić

wystawione przez zarządzającego kontrolę i dowód osobisty oraz dokonał adnotacji w księdze ewidencji kontroli prowadzonej przez jednostkę pod numerem 89

Wyjaśnień udzielała osoba upoważniona pan dr med. J....., Kierownik Kliniki Anestezjologii Intensywnej Terapii i Ostrych Zatruc, Zastępca Dyrektora.

(imię i nazwisko, pełniona funkcja/zajmowane stanowisko)

Kontrolowana jednostka wpisana została do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem książki rejestrowej nr 000000018603 którą prowadzi Wojewoda Zachodniopomorski.

**Opis stwierdzonego w wyniku kontroli stanu faktycznego (w tym opis ustalonych nieprawidłowości lub naruszeń prawa, z uwzględnieniem przyczyn powstania zakresu i skutków tych nieprawidłowości lub naruszeń, oraz wskazanie osób za nie odpowiedzialnych):**

Zalecenia pokontrolne z dnia 16.02.2015 zostały spełnione

### Zalecenia pokontrolne - brak

Na tym kontrolę zakończono.

Protokół doręczono kierownikowi jednostki kontrolowanej w dniu 07.12.2015

Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden pozostawia się kierownikowi jednostki kontrolowanej.

Szczecin, dnia 07.12. 2015

(miejscowość, data sporządzenia protokołu)

### kierownik jednostki kontrolowanej

(albo upoważniony pracownik)

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie  
.....  
(miejscowość, data podpisania protokołu, podpis)

lek. med. Barbara Furkiewicz

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: 955-19-08-958, REGON: 090283900

### konsultant wojewódzki

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

.....  
(miejscowość, data podpisania protokołu, podpis)

\*) niepotrzebne skreślić