

2. z uwagi na warunki IV pkt. 0
 nie ma możliwości pomiarów w celu sprawdzenia poprawności działania
 podzespołów sprężarki elektrycznej (sprężarki mechanicznej)
 - wykonano - odnotowano błąd w pracy z uwagi na
 połączenia do sprężarki mechanicznej.

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

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: 09.11.2015r.

Łączny czas kontroli: 1 godz.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
 PUM w Szczecinie

70-111 Szczecin - Powstańców Wielkopolskich 72

tel. 91 466 10 10; fax 91 466 10 15

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

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

SPECJALISTA
 ds. BHP

REFERENT

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 09.11.2015r.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
 PUM w Szczecinie

70-111 Szczecin - Powstańców Wielkopolskich 72

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

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

Z-CIA DYREKTORA
 ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
 Samodzielnego Publicznego
 Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

(podpis i pieczęć osoby/obierającej 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