PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Szczecinie
Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

BHP + DT + OS

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie
Emilia Aftewicz

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie
Dn. 20. 01. 2015
Lit. 488



# PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr HP-28/15

Szczecin, dnia 16.01.2015r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Justyna Zięba, specjalista, upoważnienie 72/14
(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 art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. 2011 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. 2013 poz. 267 z późn. zm).

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

**I.1. Zakład/obiekt kontrolowany**: *(pełna nazwa, adres, telefon, faks):*
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 71-111 Szczecin
tel. (91) 4661000

**I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:**
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
ul. Żołnierska 1
*( imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników )*
70-204 Szczecin
*(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / telefon / faks )*

**I.3. NIP** 955-19-08-358 **REGON** 000288900 **PESEL** nie dotyczy

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

**I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu** w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* *(imię i nazwisko, stanowisko)*
Stanisław 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:** 16.01.2015r. godz. 13$^{45}$

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** kontrola sprawdzająca wykonanie zaleceń zawartych w decyzji Nr PS.EP.600-2-230/13 z dnia 10.12.2013r.

## III. WYNIKI KONTROLI:

**III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie** *(stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.)*:
Działalność prowadzona jest na podstawie wpisu do KRS prowadzonego przez Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000158727. Kontrola sprawdzająca dotyczyła realizacji zaleceń pkt. 98 i 100 decyzji Nr PS.EP.600-2-230/13 z dnia 20.12.2013r. Stwierdzono usunięcie uchybień w zakresie punktu 116 (p. 216 A) oraz odnowiono brudne ściany pomieszczenia dla pacjentów Poradni Kardiologicznej Ul. Łobeskiej.

**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)*

..... 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:** 16.01.2015 r. godz. 14[15] **Łączny czas kontroli:** 0.5 h

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

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

STARSZY INSPEKTOR
ds. Technicznych

*(podpis osób obecnych podczas kontroli)*

STARSZY ASYSTENT
POWIATOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
w Szczecinie
mgr inż. Justyna Zięcik

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

---

## POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 16.01.2015 r.

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: 000288900

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

*(podpis i pieczęć osoby 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*