PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Szczecinie
Szczecin, ul. Wincentego Pola 6
Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

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

Strona 1 z 4

20. 01. 2015

480

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr HP-29/15

Szczecin dnia 16.01.2015 r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Justyna Zięcik st. inspektora sanitarnego P-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. Rybacka 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 955-19-08-958 **REGON** 000288900 **PESEL** nie dotyczy

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

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* *(imię i nazwisko, stanowisko)*
Starszy 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: 16.01.2015 r. godz. 13⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: stan dla sprawdzenia wykonania zaleceń zawartych w decyzji Nr PSEP-600-2-177/12 z dnia 05.12.2012 r.

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 w Szczecinie Centrum w Szczecinie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000181117
W trakcie rozpoczęcia w dniach 16.1.2015 decyzji Nr PSEP-600-2-177/12 z dnia 05.12.2012 - dokonano do stosownego stanu sanitarno-technicznego pomieszczenia na korytarzu.

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: 16.01.2015r. godz. 13.30 **Łączny czas kontroli:** ...0,5 h.....

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

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

STARSZY INSPEKTOR
ds. Technicznych

....
(podpis osób ...cnych podczas kontroli)

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

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

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

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 Aftenicz

.....
(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*