

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr EP-37/15

Szczecin, dnia 22.01.2015r

(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 współników)

Ul. Rybacka 1, Szczecin

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

I.3. NIP 9551908958 **REGON** 000288900 **PESEL** nie dotyczy

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

Barbara Turkiewicz-Dyrektor

I.5. Przedstawiciel zakładu/objektu w obecności którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)

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:

22.01.2015

godz. 12:32

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola na wniosek strony celem wydania opinii sanitarnej o spełnieniu wymogów jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą

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)

Właściciel: Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
Kierownik: Barbara Turkiewicz-Dyrektor
Przedstawiciel: [nie dotyczy]
Inne osoby: [nie dotyczy]
Opis pomieszczeń: [nie dotyczy]
Opis urządzeń: [nie dotyczy]
Opis dokumentacji: [nie dotyczy]
Opis innych ustaleń: [nie dotyczy]

demof. z niżej do celu badania składu i cech technicznych z uwzględnieniem...
Należy również uwzględnić...
Obejmuje to...
Kontakt i podanie...
Wskazanie...
Metody...
Lp. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

- 1) ...
- 2) ...
- 3) ...
- 4) ...
- 5) ...

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

m. o. o. o. o. o.

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

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: 22.01.2015 godz. 14:30 Łączny czas kontroli: 2 godz.

.....
(podpis i/lub pieczęć strony przeprowadzającej kontrolę)

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej nr 2 z dnia 22.01.2015 r. otrzymałem (-am) w dniu 22.01.2015 r.
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
ZESPÓŁ DS. KONTROLI ZAKAŻEN SZPITALNYCH
tel. 91/ 466 14 49
NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900
.....
(podpis i pieczęć osoby kontrolującej)

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”
**- właściwie zakreślić