

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr. MP-222/16

Szczecin, dnia 11.04.2016 r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Jadwigę Zielińską, Oddział Higieny Państwowej Inspekcji Sanitarnej, nr upoważnienia PS.KS.011.119.2015

Marianę Kwoździejewską, Oddział Higieny Państwowej Inspekcji Sanitarnej, nr upoważnienia PS.KS.011.118.2015
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwową Inspekcję Sanitarną w Szczecinie
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. 2015 poz. 1412), w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. 2016 poz. 23).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego

ul. Żelazna 42, 70-111 Szczecin

tel. (81) 466 4000, spk2@spk2.szczecin.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego

ul. Żelazna 42, 70-111 Szczecin
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))

ul. Żelazna 42, 70-111 Szczecin
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników)/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 955-130-89-58, 000288200, 86102

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Barbara Turkiewicz - Dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli. 27.04.2016 r. godz. 16⁰⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: badany do cel. nie podlega przep. sam. który o
Swobodnie działalności gospodarczej
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 27.04.2016 r. godz. 15⁰⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli
kontrola sprzedajace wykończone samopokew zaradcy i delegacji
Nr PS-EP.V10.42.2015 z dnia 16.11.2015 r.
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
- nr i nazwa protokołu/ów*
nie dotyczy
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*
nie dotyczy
10. Korzystano z wyników badań i pomiarów
nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
nie dotyczy
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr. nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

Działalność prowadzona jest na podstawie opiew. do Krajowego
Rejestru Spółaręgo prowadzonego przez Sąd Rejonowy Sędziom
Lublin z Sądowim XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru
Spółaręgo pod numerem KRS: 0000018624.

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

Podczas informacji wstępnych w trakcie kontroli z nastaniem do
 danego podmiotu byłam uczestniczyć w tym czasie
 porównanie administracyjno - egzekucyjnego oraz ustaleń jednostkowych
 innych kwestii

W trakcie czynności kontroli stwierdzono:

- ogłoszono pkt 4 decyzji Nr PSEP.410.42.2015 z dnia 16.11.2015. -
 odwołano budynek saliemy o gabinecie lekarskim (budynek Patomorfologii)
- ogłoszono pkt 5 decyzji Nr PSEP.410.42.2015 z dnia 16.11.2015. -
 skierowano odpisy sąduki malarzkiej na sekcje oraz odwołano
 budynek saliemy o gabinecie uszyci i innym zorganizowanym
 dla pracowników kliniki Patologii Macrodlo.
- ogłoszono pkt 6 decyzji Nr PSEP.410.42.2015 z dnia 16.11.2015. -
 skierowano odpisy sąduki malarzkiej na sekcjach 15 pomieszczeni
 ekspedycji (Magazynu Żywności Głębokiej)
- ogłoszono pkt 9 decyzji Nr PSEP.410.42.2015 z dnia 16.11.2015. -
 skierowano zażądanie pisanice o urzadami zorganizowanej dla
 pracowników budynek Diagnostyki Laboratoryjnej Pracowni Mikrobiologicznej.

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

a) nie dotyczy

b) nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

nie dotyczy

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ nie dokonano wpisu do książki kontroli/dziennika budowy**

2. Wniesiono/ nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/ nie naniesiono**

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit.....nie nałożono/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na

.....
(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości..... słownie.....

.....
(nr mandatu karnego)

.....
(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

.....
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

.....
(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się**

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

SPECJALISTA
ds. BHP

.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

STARSZY ASYSTENT
POWIATOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
w Szczecinie

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))
mgr inż. Justyna Żurkiewicz

STARSZY ASYSTENT
POWIATOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
w Szczecinie

mgr. Mirosław Kociński

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 Aftowicz

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu... 27.04.2016r.

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**.....

.....
(nazwa/nr)

POUCZENIE: W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego..

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić