

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr. HP-222/16

Szczecin, dnia 14.04.2016 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

J. Jędrzejczyk, Oddział Higieny Pożywności, nr upoważnienia PS.KS.011.119.2015  
M. Kuczyńska, Oddział Higieny Pożywności, nr upoważnienia PS.KS.011.118.2015  
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna 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. Powstańców 78, 70-111 Szczecin  
tel. (91) 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. Powstańców 78, 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 wspólników))  
M. Parnianka, ul. Powstańców 78, 70-111 Szczecin  
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 955-190-89-58, 000288200, 86102

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Barbara Turkiewicz - Dyrektor  
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

me. datycaj  
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

Spisaliście ds. BHP  
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli. 27.04.2016 r. godz. 15<sup>30</sup>
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*  
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: badany doct nie podlega przepisom ustawy o swobodzie działalności gospodarczej
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 27.04.2016 r. godz. 15<sup>30</sup>
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
kontrola sprzedajęcy wynosami samobieżni zaradcyli i deuzaja  
N.V. P.S.E.P. 410.42.2015 z dnio 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: Paradyż... jest na podstawie aktu do krajowego  
 Rejestru Spółdzielczego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Selezim  
 Centrum... Szwecenie... XII. Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru  
 Spółdzielczego pod numerem KRS: 0000018627

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

Wzrost informacji uzyskanych w trakcie kontroli w stosunku do aktualnego podmiotu biol. jest aktualnie tegoż nie porównanie administracyjno - egzekucyjnego oraz ustaleń jednostkowych innych kontroli.

W trakcie czynności kontroli stwierdzono:

- ogłoszono pkt 4 decyzji Nr PSE/410.42.2015 z dnia 16.11.2015. - odwołano białe ściany w gabinecie lekarskim (biuro Patomorfologii)
- ogłoszono pkt 5 decyzji Nr PSE/410.42.2015 z dnia 16.11.2015. - eliminowano odpadki farby malarzkiej na ścianie oraz odwołano białe ściany w pomieszczeniu unyrali z urzędem organizacyjnym dla pracowników kliniki Patologii Macro.
- ogłoszono pkt 6 decyzji Nr PSE/410.42.2015 z dnia 16.11.2015. - eliminowano odpadki farby malarzkiej na ścianach w pomieszczeniu ekspedycji (Magazynu Żelaza Gyniej)
- ogłoszono pkt 9 decyzji Nr PSE/410.42.2015 z dnia 16.11.2015. - odwołano białe wypławy w unyrali organizacyjnej dla pracowników biura diagnostyki laboratoryjnej. Pracant 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 grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

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

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

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

...nie dotyczy  
(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 Ziwick

STARSZY ASYSTENT  
POWIATOWEJ STACJI  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ  
w Szczecinie

mgr. Mirosław Kwiecień

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2  
PUM w Szczecinie

70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolekich 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

Emilia Aftawicz

#### 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