

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

DI: BHP, DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

lek. med. Barbara Turkiewicz

**PROTOKÓŁ KONTROLI**

Nr HP-3/16

Szczecin, dn 05.01.2016 r.  
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Justynę Zięćnik, starszego asystenta, numer upoważnienia PS.KS.011.179.2015  
Mirosławę Kwiatkowską, starszego asystenta, numer upoważnienia PS.KS.011.148.2015  
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)  
pracowników upoważnionych 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. 2015 poz. 1412), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. 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 w Szczecinie  
Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin  
tel. (091) 4661000

**I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:**

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

Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin

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

**I.3. NIP 955-190-89-58 REGON 000288900 PESEL nie dotyczy**

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

Barbara Turkiewicz- Dyrektor

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

Inspektor ds. BHP

**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:** 05.01.2016 r. godz. 11:00

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** kontrola sprawdzająca wykonanie zarządzeń zawartych decyzji Nr PS.EP.410.38.2014 z dnia 19.12.2014r.

**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 Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Szczecin- Centrum w Szczecinie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 00000018427.

W trakcie czynności kontrolnych stwierdzono:

Wykonano pkt. 11. decyzji Nr PS.EP.410.38.2014 z dnia 19.12.2014 r. - podano informację o zmianie siedziby siedziby organizacyjnej ale... panu... kby... przyjeżdżając...  
Wykonano pkt. 12. decyzji Nr PS.EP.410.38.2014 z dnia 19.12.2014 r. - ale...  
Wykonano pkt. 13. decyzji Nr PS.EP.410.38.2014 z dnia 19.12.2014 r. - przyjeżdżając...  
Wykonano pkt. 14. decyzji Nr PS.EP.410.38.2014 z dnia 19.12.2014 r. - przyjeżdżając...



**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 \*\* nie dotyczy

Data i godz. zakończenia kontroli: 05.01.2016 r. godz. 15<sup>00</sup>...

Łączny czas kontroli: .....godz.

**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

(podpis i/lub pieczęć osoby reprezentującej kontrolowanego zakładu)

**INSPEKTOR ds. BHP**

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

**STARSZY ASYSTENT**  
POWIATOWEJ STACJI  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ  
w Szczecinie

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

**POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 05.01.2016r.

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

**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

lek.med. Barbara Turkiewicz  
(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