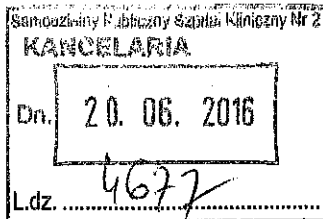


Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej



PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 11K-207116

Szczecin, dnia 16 czerwca 2016 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Magdalenie Szolągiewicz, Odbiór Higieny Komunalnej, ul. BS KB. cm. 16.8.2015

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r., 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. z 2016 r., poz. 23)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie
ul. Powstańców Wielkopolskich 42, 70-111 Szczecin
tel. 91 466 10 00, fax 91 466 10 15, e-mail: spsk2@pum.edu.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Szpital Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2
ul. Powstańców Wielkopolskich 42, 70-111 Szczecin
tel. 91 466 10 00, fax 91 466 10 15, e-mail: spsk2@pum.edu.pl
(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 PUM w Szczecinie
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))
ul. Powstańców Wielkopolskich 42, 70-111 Szczecin
tel. 91 466 10 00, fax 91 466 10 15, e-mail: spsk2@pum.edu.pl
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 9551908958/000288900/86102

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Barbara Turkiewicz - Dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego Barbara Turkiewicz
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr) 07.01.2016

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 ..16 czerwca 2016 r. godz. 10.....
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* ..nie dotyczy.....
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: ..szpital publiczny.....
4. Data i godzina zakończenia kontroli ..16 czerwca 2016 r. godz. 12.....
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* ..nie dotyczy.....
6. Zakres przedmiotowy kontroli
 ..brakowanie wykonania niektórych zadań : PS-EP-410-42-2015,
 PS-EP-410-98-2014, PS-EP-600-2-230-103, PS-EP-600-2-177-12,
 PS-NK-600-110-18-108, oraz inne nieprawidłowości opisane
 w protokole kontroli Nr N-EP-1815.....
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

..Numer KRS : 0000018427.....
 ..Chorągwa Miejskiego Urzędu Administracyjnego.....
 ..PS-NK-600-410-18-108, PS-EP-600-2-53-11, PS-EP-600-2-177-12,
 PS-EP-600-2-230-103, PS-EP-410-38-2011, PS-EP-410-42-2015.....

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

Podczas kontroli stwierdzono:

- nieprawidłowości opisanych w protokole kontroli Nr: N-EP-18115 opisanych w punktach: 1, 4, 6, 7, 8, 9 oraz wykonane zarządzenia dewelopera Nr:
- P5.EP.110.42.2015 opisanych w punktach: 1, 2, 3
- P5.EP.110.38.2014 opisanych w punktach: 6, 7, 8, 9
- P5.EP-600-2-155/13 opisanych w punktach: 82, 83, 95
- P5.EP-600-2-154/12 opisanych w punktach: 32, 39
- P5-114-600-110/18208 opisanych w punktach: 42, 43, 48.

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

a) 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. Wnieiono/ nie wnieiono** 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

✓
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Magdalena Białogłowa
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu... 16 czerwca 2016

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** m.e. do 7 g

(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