

PAŃSTWOWY POWIATOWY

INSPEKTOR SANITARNY

W GLIWICACH

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

S.P. Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko S.U.M. K-ccs 41-800 Zabrze, ul. 3-go Maja 13 - 15	
Wpł. dnia	19. 06. 2013
L.dz.	4650
podpis	

Strona 1 z 6

✓ DKN - oryg

DPE - kopia

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 933/1904/1917/13

Zabrze 19.06.2013

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: mgr. Beata Bomben asystent n. i p. w. p. i. s.

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

669/0131/2/12, mgr. Ewa Anna Bomben asystent n. i p. w. p. i. s.
669/0131/35/12

..... pracownika (-ów)

upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej – tekst jednolity (Dz. U. z 2011r. Nr 212, poz. 1263 z późn.zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

SP Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko
Blażewskiego Uniwersyteckiego Medycznego w Gliwicach
ul. 3-go Maja 13-15 ul. 800 Zabrze

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

Blażewskiego Uniwersyteckiego Medycznego w Gliwicach

(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

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

I.3. NIP 648 930 12 94

REGION 941566088

PESEL -

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

dr n. med. Jarosław Buciński - dyrektor

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

dr n. med. Jarosław Buciński - dyrektor

mgr. Beata Bomben - p.o. kierownika epidemiologii

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):

mq. Kallaci Kallaci: Pileglaana phoetmologana

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 19.06.2023 9:00 11

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola funkcjonowania w Zakładzie
..... z zagospodarowaniem Zakładu

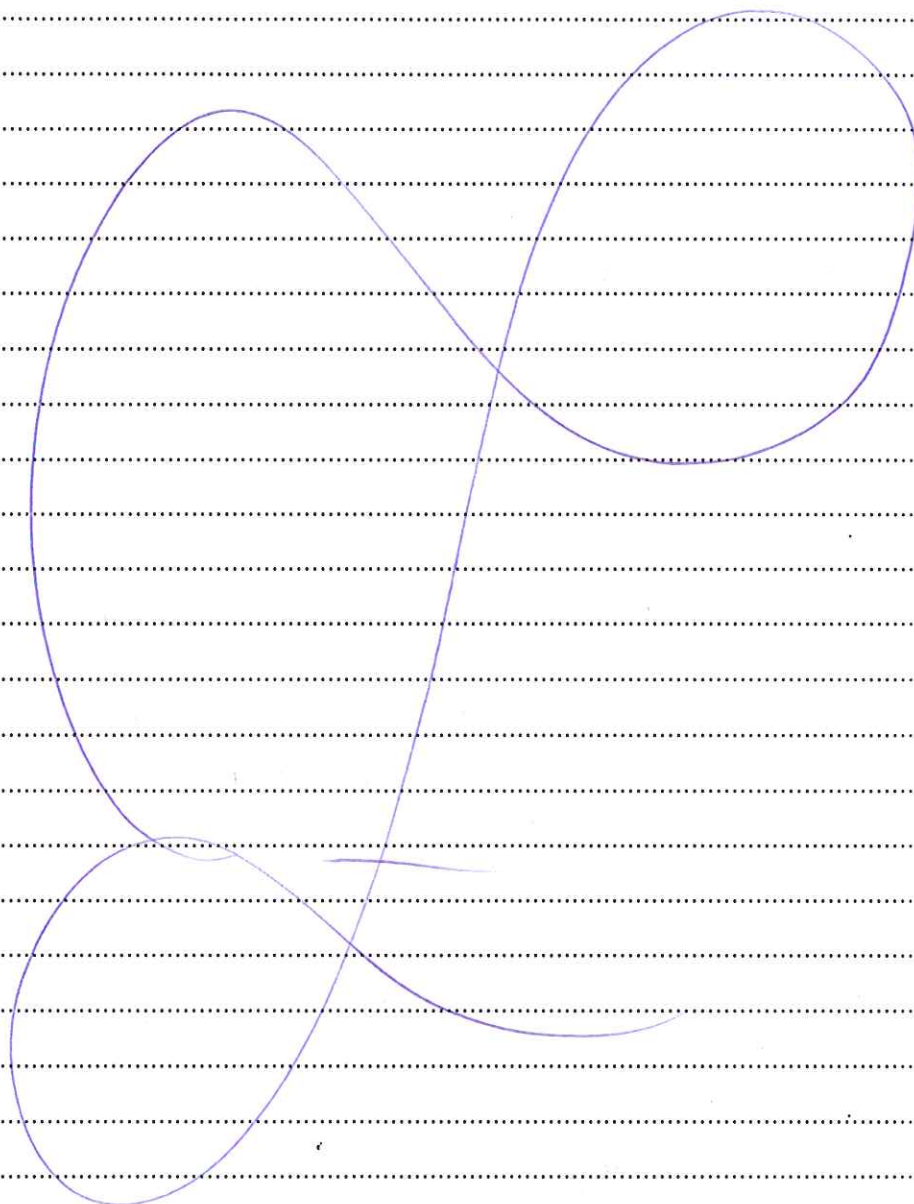
III. WYNIKI KONTROLI:

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
 innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):.....

[illegible][illegible]

9) p. Anna Popioł pomyślała 26.05.2023, w tym samym dniu
kolejne wyrażenie obywateli (popiołowa cięciwa) oraz
odwrotne wyrażenie obywateli (piłki cięciwa
ze symbolami matematycznymi w środku), obywateli



III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

nie dotyczy

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

nie dotyczy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

7

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

nie dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

zob. a. 1, 2, 3, 4, 4A, 4B, 4C w związku z postępowaniem
opisem opłaceniami

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

7

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt.

nie nałożono/ nałożono** mandat karny na

(imię i nazwisko, stanowisko)

7 w wysokości 7 na podstawie art. 7

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia 7 nr 7

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

7

(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: 19.06.2013 godz. 13⁰⁰

Łączny czas kontroli: 200 min

DYREKTOR

mgr med. Dariusz Budzinski

LEKARZ NACZELNY SZPITALA

mgr med. Jacek Karpe

(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

SPECJALISTA
Pielęgniarstwa Epidemiologicznego

Pielęgniarka Epidemiologiczna
Specjalista Pielęgniarstwa Epidemiologicznego
PWZ Nr 1301293A

mgr Rozana Andrecka

PWZ nr 1301293A

13.06.2013

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

mgr Halina Kolińska

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 19.06.2013

REGON 271566098 NIP 648-28-01-374
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
im. Prof. Stanisława Szyszko
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
41-800 Zabrze, ul. 3-go Maja 13-15
tel. 0 32 370 45 07 fax 0 32 370 45 22

LEKARZ NACZELNY SZPITALA

(podpis i pieczęć osoby kontrolującej 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”

** - właściwie zakreślić