

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
W GLIWICACH

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

Państwowy Inspektor Sanitarny Nr 1
ul. Rybnicka 1, 44-100 Gliwice, woj. śląskie
41-800 20 00 00, 41-800 20 00 00
Wpł. dnia 10.07.2013
L.dz. 5222 podpis

Strona 1 z 4

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 255/1207/NS/E/13

Nab. Nr 10.07.2013

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez mgr. Beata Bemben dyplom. i upoważn.

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

OSP/0231/2/12, mgr. Ewa Anna Nowak dyplom. i upoważn. OSP/0231/35/12

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):

OP Szpital Kliniczny m. i sz. u. m. w Gliwicach
ul. prof. Stanisława Wysockiego 3-ge piętro B-15
ul. Brodka

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

Bogusław Wierczyński medycyna 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. 6402301274

REGON. 271566088

PESEL.

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

mgr. med. Beata Bemben dyplom. i upoważn.

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

mgr. Jolanta W. Pienek - nadzw. przedstawiciel
mgr. med. Beata Bemben dyplom. i upoważn.

1.6. 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: 10.04.2013 godz. 11¹⁵

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola oceniania pomieszczenia
i sposób świadczenia usług edukacyjnych w zakresie
co do personelu i organizacji

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

Wykonano ocenę przedmiotową przedsięwzięcia w zakresie
organizacji i realizacji usług edukacyjnych i ich
odpowiedzialności pomieszczenia i ogólnego
stanu personelu i organizacji.
Przebiegała ona zgodnie z dokumentacją w zakresie
procesów dotyczących zapewnienia jakości
i sposobem realizacji.
Wskazano na konieczność poprawy
kontrol.



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:

2

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

nie dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

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

nie

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt...

nie nałożono/ nałożono** mandat karny na

nie

nie

(imię i nazwisko, stanowisko)

w wysokości...

nie

na podstawie art. ...

nie

(nr mandatu karnego)

nie

(podstawa prawna)

nie

nie

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia...

nr

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

nie

(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:

10.04.2013 godz. 13¹⁵

Łączny czas kontroli:

20min

KIEROWNIK
Zakładu Radiologii Lekarskiej
i Radiodiagnostyki

dr. hab. n. med. Ewa Kluczevska
(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

DYREKTOR

dr. n. med. Dariusz Budziński

REGON 271506008 NIP 648-28-01-274
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
im. Prof. Stanisława Szaszko
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

Naczelnny Pielęgniarz

(podpis osoby/pełniący podczas kontroli)

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu

10.04.2013

DYREKTOR

(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”

** - właściwie zakreślić