

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY**

W GLIWICACH

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. 3-go Maja 13-15, 41-800 Zabrze	
Wpł. dnia	14 -01- 2015
L. dz.	479
Podpis	
L. zał.	

Strona 1 z 3

Nr 2/1207/NS/E/15

Zabrze 14.01.2015r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez mgr Beata Bembien asystent nr upoważnienia SSP/0131/1/2015,
mgr inż. Anna Nowak st. asystent nr upoważnienia SSP/0131/33/2015

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

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), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz. 1071, z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

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

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. 3-go Maja 13-15 41-800 Zabrze

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

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Dyrekcja: ul. 3-go Maja 13-15 41-800 Zabrze

(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 6482301274 REGON 271566088 PESEL

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

dr n. med. Dariusz Budziński – dyrektor

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

mgr Jarosław Panek – naczelny pielęgniarsz

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: 14.01.2015r. godz. 9³⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola sanitarna wszystkich pomieszczeń oraz postępowania zgodnie z obowiązującymi w zakładzie procedurami.

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.):*

Kontrola sprawdzająca wykonanie zarządzeń decyzji nr NS/E-432-1805-(1)/13 z dnia 04.11.2013r. punkt 2 został wykonany. Decyzja zakończona.

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:

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:

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt.
nie nałożono/ nałożono** mandat karny na

.....
(imię i nazwisko, stanowisko)

..... w wysokości..... na podstawie art.

.....
(nr mandatu karnego)

.....
(podstawa prawna)

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

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

.....
(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: 14.01.2015r. godz. 10³⁰

Łączny czas kontroli: 1 godz.

.....
DYREKTOR
dr n. med. Dariusz Budziński
.....
(podpis i/lub pieczęć strony przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Naczelnik Pielęgniarz

.....
(podpis osób obecnych podczas kontroli)
Jarosław Panek

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
Seksja Epidemiologii
Asystent
mgr Beata Bembien

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

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
Seksja Epidemiologii
Starszy Asystent
mgr inż. Anna Nowak

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 14.01.2015r.

.....
DYREKTOR
dr n. med. Dariusz Budziński
.....
(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