

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
W GLIWICACH**

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

S.P. Szpital Kliniczny Nr 1
im. Prof. Stanisława Szyszko Ś.U.M. K-cc
41-800 Zabrze, ul. 3-go Maja 13 - 15

Wpł.
dnia

04. 04. 2014

L.dz.

3395

podpis

PROTOKÓŁ KONTROLI

DKR-amp
DP
DT
D, DL - sken

Nr 109/1207/NS/E/14

Zabrze 04.04.2014r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez mgr Beata Bemben asystent nr upoważ SSP/0131/2/12,

(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

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

.....
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / 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 – naczelnny pielęgniarz

mgr inż. Robert Galinajtys- zastępca dyrektora do spraw technicznych

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: 04.04.2014r. godz. 9³⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola sanitarna dotycząca stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń zakładu

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. Podczas kontroli stwierdzono, iż nakazy zawarte w punktach nr 17,18,19,20,21,22 ww. decyzji zostały wykonane. Decyzje zakończono.

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: 04.04.2014r. godz. 10³⁰

REGON 271566088 NIP 648-93-01-274
Samodzielny Oddział Szpitali Klinicznych Nr 1
im. Prof. Stanisława
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

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

Naczelnny Pielęgniarz

Gabina H.

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
Sekcja Epidemiologii
Asystent

mgr Beata Bemben

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 4.04.2014r.

Gabina H.
(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