

PROTOKÓŁ KONTROLI

10/1207/NS/HDM/

Gliwice 17.01.2017

przeprowadzonej przez

Dr. hab. med. Henryk Ogiński

(Miejscowość i data)

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

Ulp - 581 037/6016

..... pracownika (-ów)
upoważnionego (-ych) przez Państwowego 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 (Dz. U. z 2015 r., poz. 1412) 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):

Patologiczne Zakłady przy Szpitalu Specjalizacji w S
ul. St. Dąbki 16, 44-110 Gliwice
tel/fax 32 231-02-62

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

Kapitał Spółka - Przedsiębiorstwo w Gliwicach
ul. St. Dąbki 16

(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 631-26-58-138 REGON 361138881 PESEL nie dotyczy

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

Dr. hab. med. Henryk Ogiński - kierownik patologicznych

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

Dr. hab. med. Henryk Ogiński - kierownik patologicznych

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:

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

17.01.2017 godz. 11:30
kontrola stanu dotychczas
oceny stanu sanitarnego wytworzonego
i urobionego w miejscu przebiegu

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.):

Patologiczne Zakłady przy Szpitalu Specjalizacji w S
w Gliwicach od 16.01.2017
Szpital Specjalizacji w S
12 etapów w miejscu od 17-13 lok
Pracownik podlegający - 2 pracowników

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

.....
 nie dołączył

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: 17.01.2017 godz. 13⁰⁰

Łączny czas kontroli: 1 godz. 30 min

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 8
ul. Stefana Okrzei 16
44-100 GLIWICE
tel./fax 32 231-02-42
REGON 361138871

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

Charolina Domaradzka

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

ST. ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY

mgr Zofia Gasz

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 17.01.2017

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 8
ul. Stefana Okrzei 16
44-100 GLIWICE
tel./fax 32 231-02-42
REGON 361138871

Charolina Domaradzka - brak pieczęci

(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