

**WIELKOPOLSKI  
URZĄD WOJEWÓDZKI  
w Poznaniu**

WYDZIAŁ ZDROWIA  
ZD-IV.9612.104.2018.5

**Protokół  
z przeprowadzonej kontroli problemowej stażu podyplomowego lekarza  
w podmiocie leczniczym: **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI  
ZDROWOTNEJ W KOŚCIANIE, ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan****

**I. Informacje i ustalenia ogólne**

**1. Kontrolowany podmiot leczniczy**

Nazwa i adres kontrolowanego zakładu leczniczego: 1) SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ KOŚCIAN, ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan

RPWDL: 000000015840 W-30

Data wpisu do RPWDL: 7.12.1993 r.

Forma organizacyjno-prawna: 0100 - samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

Data rozpoczęcia działalności leczniczej: 7.12.1993 r.

Miejsce udzielania świadczeń: Kościan, Śmigiel, Krzywiń.

**2. Rodzaj, data i podstawa kontroli oraz osoby wykonujące czynności kontrolne**

Organem, któremu przysługuje ustawowe prawo kontroli podmiotów leczniczych wpisanych do rejestru, których siedziba albo miejsce zamieszkania znajduje się na terenie województwa wielkopolskiego, jest Wojewoda Wielkopolski, w imieniu którego czynności kontrolne wykonywały:

- 1) Aleksandra Jarosz, inspektor wojewódzki w Wydziale Zdrowia Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, przewodnicząca zespołu kontrolnego
- 2) Jolanta Bartczak, starszy specjalista w Wydziale Zdrowia Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu,

legitymujące się upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli, znak: KN-II.0030.340.2018.1, z dnia 10 września 2018 r., wydanym przez Wojewodę Wielkopolskiego.

Treść protokołu podlega udostępnieniu zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1764 ze zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Kontrolę planową problemową przeprowadzono zgodnie z planem kontroli na 2018 rok. Czynności kontrolne rozpoczęto w dniu 11 września 2018 roku i zakończono w dniu 19 września 2018 roku. Czynności kontrolne w podmiocie leczniczym realizowano 11 września 2018 roku.

**3. Przedmiot i zakres kontroli**

Przedmiotem kontroli była formalna ocena realizacji stażu podyplomowego lekarzy, lekarzy dentyistów oraz spełnianie przez podmiot prowadzący staż wymagań i warunków określonych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.

Okres objęty kontrolą: od 1 października 2017 r. do dnia zakończenia kontroli.

#### **4. Kierownik podmiotu leczniczego, dane osoby reprezentującej podmiot podczas kontroli**

Kierownikiem (Dyrektorem) podmiotu leczniczego jest Pan Wojciech Maćkowiak, który uczestniczył w kontroli. Podmiot leczniczy reprezentowała także Kierownik Służb Pracowniczych, Pani Barbara Łakoma.

#### **5. Czynności wstępne i ustalenia organizacyjne**

W dniu 11 września 2018 r., przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, Dyrektorowi podmiotu przedłożono upoważnienie do kontroli, zawierające pouczenie o prawach i obowiązkach kontrolowanego, umożliwiając zapoznanie się z pouczeniem. Fakt otrzymania upoważnienia ww. potwierdził podpisem na dokumencie. Ponadto przedstawiono przedmiot i zakres kontroli, podstawę prawną jej prowadzenia oraz określono organizację kontroli.

Osoby kontrolujące złożyły oświadczenie o braku okoliczności uzasadniającej wyłączenie od udziału w kontroli. Oświadczenia stanowią zał. nr 1 do niniejszego protokołu.

Ustalono, że na dzień kontroli podmiot jest wpisany na listę pomiotów uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyków, prowadzoną przez Marszałka Województwa Wielkopolskiego pod numerem: DZ-9051.23.SPZOZ.

## **II. Opis stanu faktycznego i ustalenia**

### **1. Umowy o realizację stażu podyplomowego**

Przedłożono Umowę Nr Sn36/19/2017, o realizację stażu podyplomowego lekarza, zawartą 2.11.2017 r., w Poznaniu, z Marszałkiem Województwa Wielkopolskiego. Umowę zawarto na okres od 1.10.2017 r. do 31.10.2018 r. Umowa dotyczy 1 lekarza stażysty xxxxxx xxxxxx.

### **2. Koordynator stażu podyplomowego**

Funkcję koordynatora stażu pełni lek. xxxx xxxxxx, specjalista w zakresie chorób wewnętrznych oraz kardiologii.

Z ww. Dyrektor Szpitala, w dniu 2 października 2017 r. zawarł umowę na pełnienie funkcji koordynatora. Umowa obowiązuje w okresie 1.10.2017 r. - 31.10.2018 r.

Liczba stażystów objętych opieką przez koordynatora w okresie objętym kontrolą – 1 osoba.

### **3. Informacja o zakresie i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych**

Na podstawie księgi rejestrowej nr 000000015840 W-30 ustalono, że zakład leczniczy, SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ KOŚCIAN, udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych w nw. oddziałach:

- szpitalny oddział ratunkowy,
- oddział wewnętrzny,
- oddział chirurgiczny,
- oddział położniczo-ginekologiczny,
- oddział dziecięcy,
- oddział intensywnej terapii,
- oddział noworodkowy,
- oddział reumatologiczny,
- oddział rehabilitacyjny,
- oddział ortopedii i traumatologii ruchu,

co umożliwia stażystom odbycie więcej niż jednego stażu cząstkowego.

#### 4. Umowy w sprawie odbycia staży cząstkowych zawarte z innymi uprawnionymi podmiotami

Na terenie kontrolowanego podmiotu mogą być realizowane staże cząstkowe z zakresu:

- chorób wewnętrznych (10 tygodni),
- pediatrii (6 tygodni),
- chirurgii ogólnej (6 tygodni),
- chirurgii urazowej (2 tygodnie),
- położnictwa i ginekologii (7 tygodni),
- anestezjologii (1 tydzień),
- intensywnej terapii (2 tygodnie),
- medycyny ratunkowej (3 tygodnie).

Pozostałe staże cząstkowe, tj. z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa (1 tydzień), oraz psychiatrii (4 tygodnie), neonatologii (2 tygodnie) i medycyny rodzinnej (6 tygodni) [realizowane były/będą poza siedzibą zakładu leczniczego, i mogą być związane z oddelegowaniem stażysty.

Dla stażu cząstkowego w dziedzinie medycyny rodzinnej (realizowanego w okresie 11.12.2017 r.-21.01.2018 r.) i psychiatrii (realizowanego w okresie 16.07.-10.08.2018 r.) przedłożono:

- porozumienie w sprawie odbycia stażu cząstkowego, zawarte 8.12.2017 r. z NZOZ "PULS" s.c. Szeffner, Lehmann, Sikora, Zjawin, Glapiak, os. Jagiellońskie 51-53, 64-000 Kościan;
- porozumienie w sprawie odbycia stażu cząstkowego, zawarte 29.06.2018 r., z Wojewódzkim Szpitalem Neuropsychiatrycznym im. Oskara Bielawskiego, Pl. Paderewskiego 1A, 64-000 Kościan.

Oba ww. podmioty są uprawnione do realizacji staży cząstkowych i znajdują się na liście prowadzonej przez Marszałka Województwa Wielkopolskiego.

#### 5. Wykaz podmiotów, w których stażyści odbywali staże, szkolenia i kursy:

Przedłożono pismo z WIL przekazujące koordynatorowi listę terminów szkoleń:

- krwiodawstwo i krwiolecznictwo (transfuzjologia kliniczna) - 16.04-20.04.2018 r.
- Prawo Medyczne: 10-13.04.2018 r. - WIL Poznań,
- Bioetyka: 26-28.03.2018 r. - WIL Poznań,
- Ratownictwo medyczne: 10-11.05.2018 r. - Podyplomowe Studium Medycyny Ratunkowej – UM Poznań, ul. Dąbrowskiego 79,
- Orzecznictwo lekarskie 12-13.05.2018 r. - ZUS w Poznaniu.

#### 6. Dokumentacja stażystów związana z odbywaniem stażu w okresie 01.10.2017 r. - 31.10.2018 r.

Przedłożono akta osobowe stażysty, w których znajdowały się nw. dokumenty:

Tabela nr 1

L.p.	Imię i nazwisko stażysty	Dyplom uczelni wyższej (rodzaj, numer, data wydania)	PWZ (nr, data wydania, organ wydający)	Umowa o pracę na czas określony od 1.10-2017 do 31.10.2018	Ważność zaświadczenia lekarskiego o zdolności do pracy	Podpisany przez stażystę zakres zadań, odpowiedzialności i uprawnień	Uwagi/inne dokumenty
1.	xxxxxxx	UM Poznań, nr ....., ....2017 r.	Xxxxxxxx .....2017 r. OIL Poznań	posiada + aneks zmieniający z 11.12.2017 r.	09.2019 r.	posiada	---

Stażysta został skierowany na staż podyplomowy pismem z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, znak: WIL/ODZ-5210-13/8695/2017, z dnia 24.08.2017 r.

Do dnia 31.08.2018 r. nie odnotowano nieobecności stażysty z tytułu choroby. Wykorzystano 15 dni urlopu wypoczynkowego.

### 7. Zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne

Dyrektor podmiotu, Pan Wojciech Maćkowiak oświadczył, że podmiot posiada zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne, umożliwiające realizację ramowego programu stażu podyplomowego, zgodnie z § 5 ust. 1 pkt 1, 2, 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2012 roku w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2014 r., poz. 474 ze zm.) oraz, że zapewnia odpowiednie pomieszczenia do prowadzenia zajęć teoretycznych, zgodnie z § 5 ust. 2 pkt 2 ww. rozporządzenia (zał. nr 2).

### 8. Kwalifikacje zawodowe opiekunów stażystów

Dyrektor podmiotu, Pan Wojciech Maćkowiak oświadczył, że opiekunami stażystów są lekarze posiadający specjalizację w określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z art. 15 ust 3a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2018 r., poz. 617 ze zm.) – zał. nr 3.

### 9. Realizacja przez koordynatora czynności wynikających z § 6 ust. 5 i 6 rozporządzenia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry

Zadania koordynatora stażu przedstawia poniższa tabela.

Tabela nr 2

Wyszczególnienie przedsięwzięć	Realizacja
Ustalanie indywidualnych harmonogramów realizacji stażu na podstawie ramowego programu	Udokumentowano
Zapoznanie stażystów, przed rozpoczęciem stażu, z ramowym programem i indywidualnym harmonogramem stażu, sposobem jego dokumentowania w karcie stażu oraz obowiązkami i uprawnieniami stażysty	Z uchybieniami
Kierowanie stażystów do odbycia staży cząstkowych lub części stażu cząstkowego i szkoleń	Udokumentowano
Dokonywanie okresowych ocen przebiegu stażu z udziałem kierowników innych podmiotów leczniczych, opiekunów stażystów	Realizowane na bieżąco
Organizowanie i przeprowadzanie, co najmniej raz na 2 tygodnie, seminariów dotyczących realizacji programu poszczególnych staży cząstkowych	Realizowane
Wystawianie opinii oraz zaliczanie stażu po stwierdzeniu jego zrealizowania, dokonując odpowiedniego wpisu w karcie stażu	Nie dotyczy- staż zakończy się 31.10.2018 r.

### 10. Karta Stażu Podyplomowego Lekarza i ewidencja czasu pracy stażysty

Stażysta realizujący staż podyplomowy zatrudniony jest w godzinach 8.00 - 15.35 (7 godz. 35 min.). Przedłożono listy obecności stażysty wraz z miesięcznym rozliczeniem czasu pracy za miesiące X, XI, XII 2017 r. i I-VIII 2018 r. (zał. nr 4), które poddano ocenie.

Z analizy dokumentów wynika, że w okresie objętym kontrolą stażysta pełnił odpowiednio następującą liczbę dyżurów medycznych:

Tabela nr 3

L.p.	Imię i nazwisko stażysty	Liczba dyżurów medycznych/czas trwania dyżuru medycznego				
		X.2014 r.	XI.2014 r.	XII.2014 r.	I.2015 r.	II.2015 r.
1.	Xxx xxxxx	4x 5h 5min 4x 5h (40 h 20 min łącznie)	5x 5h 5min 5x 5h (50 h 25 min łącznie)	1x 5h 5min 1x 5h 2x 10h 5 min (30 h 15 min łącznie)	3x 5h 5min 3x 5h 1x 10h 5 min (40 h 20 min łącznie)	4x 5h 5min 4x 5h (40 h 20 min łącznie)
		III	IV	V	VI	VII
	5x 5h 5min 5x 5h (50 h 25 min łącznie)	3x 5h 5min 3x 5h (30 h 15 min łącznie)	4x 5h 5min 4x 5h (40 h 20 min łącznie)	4x 5h 5min 4x 5h (40 h 20 min łącznie)	4x 5h 5min 4x 5h (40 h 20 min łącznie)	3x 5h 5min 3x 5h 1x 10h 5 min (40 h 20 min łącznie)

Stwierdzono, że czas trwania dyżurów medycznych stażysty co do zasady odpowiada wymogom określonym w § 12 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2014 r., poz. 474 ze zm.).

Przedłożona dokumentacja, dotycząca rozliczenia czasu pracy stażysty, nie zawsze umożliwia jednak ustalenie, gdzie stażysta pełnił dyżur podczas realizacji stażu cząstkowego w dziedzinie medycyny rodzinnej (np. lista obecności za styczeń 2018 r.). Ponadto w liście obecności z maja 2018 roku znajduje się pieczętka Ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, a zgodnie z harmonogramem stażysta nie odbywał w tym okresie stażu cząstkowego w tym zakresie. Staż na ww. oddziale przypadał na okres 4-22.06.2018 r.

Przedłożono kopię "Karty Stażu Podyplomowego Lekarza" (zał. nr 5), w której stwierdzono następujące nieprawidłowości:

Tabela nr 4

Stażysta xxxx xxxxxx	Staż cząstkowy z chirurgii ogólnej (8 tygodni= 40 dni)				Faktyczna liczba dni stażowych wynikająca z dokumentu
	Chirurgia ogólna (6 tygodni= 30 dni)	Liczba dni w m-cu	Chirurgia urazowo ortopedyczna (2 tygodnie= 10 dni)	Liczba dni w m-cu	
1.	2.	3.	4.	5.	6.
Dane z listy obecności	19, 20, 21, 22, 23, 29, 30.03.2018	7	14, 15, 16, 17, 18,	13	37
	3, 4, 5, 6, 9, 23, 24, 25, 26, 27, 30.04.2018	11	21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30.05.2018 r.		
	2, 4, 7, 8, 9.05.2018 r.	5	1.06.2018		
<b>Suma</b>		<b>23</b>	<b>Suma</b>		<b>14</b>
Dane z książeczki stażowej	19, 20, 21, 22, 23, 29, 30.03.2018	7	<b>14, 15, 16, 17,</b> <b>18, 21, 22, 23,</b>	13	41
	3, 4, 5, 6, 9, 23, 24, 25, 26, 27, 30.04.2018	11	24, 25, 28, 29, 30.05.2018 r.		
	2, 4, 7, 8, ( <b>brak 9.05.</b> ) <b>14, 15, 16, 17,</b> <b>18.05.2018 r.</b>	9	1.06.2018		
<b>Suma</b>		<b>27</b>	<b>Suma</b>		<b>14</b>
Dane z harmonogramu zaktualizowanego 13.07.2018 r.	19, 20, 21, 22, 23, 29, 30.03.2018	7	<b>14, 15, 16, 17,</b> <b>18, 21, 22, 23,</b>	13	42
	3, 4, 5, 6, 9, 23, 24, 25, 26, 27, 30.04.2018	11	24, 25, 28, 29, 30.05.2018 r.		
	2, 4, 7, 8, 9, <b>14, 15, 16, 17,</b> <b>18.05.2018 r.</b>	10	1.06.2018		
<b>Suma</b>		<b>28</b>	<b>Suma</b>		<b>14</b>

Porównanie dat wykazanych w listach obecności stażysty/karcie stażowej/harmonogramie stażu podyplomowego z dnia 13.07.2018 r. (zał. nr 6), dotyczących realizacji stażu cząstkowego w zakresie chirurgii (8 tygodni) uniemożliwia ustalenie, czy zrealizowano go zgodnie z Ramowym Programem Stażu Podyplomowego Lekarza, stanowiącym zał. nr 1 do ww. rozporządzenia. Jak wykazano w tabeli nr 4, w kolumnie nr 5, liczba faktycznych dni stażowych jest różna, w zależności od analizowanego dokumentu i danych w nim zawartych. Część dotyczącą chirurgii ogólnej (6 tygodni) realizowano jednak krócej, niż wynika to z Ramowego Programu, natomiast staż z chirurgii urazowo-ortopedycznej (2 tygodnie) realizowano dłużej. Ponadto stwierdzono, że w okresie 14-18.05.2018 r. daty obu staży pokrywają się w Karcie Stażu i harmonogramie.

Ponadto, w Karcie Stażu Podyplomowego stwierdzono, że;

- na stronie 8 znajdują się poprawki dotyczące terminu zakończenia stażu cząstkowego z zakresu chirurgii urazowej z 25.05.2018 roku na 1.06.2018 r. Poprawek

dokonywano także w datach złożenia kolokwium końcowego z 9.05.2018 r. na 18.05.2018 r. oraz z 25.05. na 1.06.2018 r.;

- na stronie 9 dokonano poprawek w datach dotyczących opanowania umiejętności i czynności, które stażysta opanował w stopniu umożliwiającym ich samodzielne wykonywanie na 18.05.2018 r. i z 25.05. na 1.08.2018 r.;
- na stronie 10 dokonano poprawki w dacie zakończenia stażu częściowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz w dacie złożenia kolokwium końcowego z 9 na 16.03.2018 r. Brak także podpisów opiekuna stażu lek. xxxxxx xxxxxxxx;
- na stronie 11 dokonano poprawki w dacie dotyczącej opanowania umiejętności i czynności, które stażysta opanował w stopniu umożliwiającym ich samodzielne wykonywanie na 16.03.2018 r. Brak także podpisu opiekuna stażu lek. xxxx xxxxxxxx;
- na stronie 16 dokonano poprawek dotyczących daty rozpoczęcia i zakończenia stażu częściowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz w dziedzinie medycyny ratunkowej. Datę rozpoczęcia stażu zmieniono z 28.05. na 4.06.2018 r., a datę zakończenia stażu z 15.06. na 22.06.2018 r. Termin rozpoczęcia stażu częściowego z zakresu ratownictwa medycznego zmieniono z 18.06 na 25.06, a zakończenia z 6.07. na 13.07.2018 r. Poprawek dokonywano także w datach złożenia kolokwium końcowego na 22.06.2018 r. i na 13.07.2018 r.;
- na stronie 17 dokonano poprawki w dacie dotyczącej opanowania umiejętności i czynności, które stażysta opanował w stopniu umożliwiającym ich samodzielne wykonywanie na z 6.07. na 13.07.2018 r.

We wszystkich ww. przypadkach nie można ustalić, kto faktycznie dokonywał poprawek w datach dotyczących realizacji poszczególnych elementów staży częściowych. Przy poprawkach znajdują się tylko parafki niezidentyfikowanej osoby. Wskazane powyżej nieprawidłowości, nakładanie się na siebie terminów staży częściowych, wskazują na nierzetelność w prowadzeniu przez stażystę dokumentów dotyczących realizacji stażu podyplomowego i uniemożliwiają obiektywną ocenę faktycznego czasu realizacji poszczególnych staży częściowych.

#### **11. „Ankieta stażu podyplomowego lekarza”**

Ankiety „Ocena stażu podyplomowego przez lekarza stażystę” nie poddano ocenie, ponieważ stażysta jej nie otrzymał. Obowiązek wydania Ankiety leży po stronie Okręgowej Rady Lekarskiej, o czym mowa w § 4 ust. 4 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2014 r., poz. 474 ze zm.).

#### **12. Rozliczenie podmiotu z Urzędem Marszałkowskim z wykorzystania otrzymanych środków**

Kontrolowany podmiot przekazał do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego rozliczenie staży za okres od 1 października 2017 r. do 31 grudnia 2017 roku. Przyznana kwota nie została wykorzystana w całości. Różnicę w wysokości 194,10zł zwrócono do Urzędu Marszałkowskiego w dniu 11.01.2018 roku, co udokumentowano przedkładając wydruk polecenia przelewu.

### **III. Podsumowanie kontroli**

#### **1. Wnioski osób wykonujących czynności kontrolne**

W Karcie Stażu Podyplomowego lekarza xxx xxxxxx stwierdzono liczne poprawki w datach dotyczących realizacji poszczególnych staży częściowych. We wszystkich przypadkach nie można ustalić, kto faktycznie dokonywał tych poprawek. Przy poprawkach znajdują się tylko parafki niezidentyfikowanej osoby. Wskazane w pkt II.10 protokołu

nieprawidłowości, w tym nakładanie się na siebie terminów staży częściowych, wskazują na nierzetelność w prowadzeniu przez stażystę dokumentów dotyczących realizacji stażu podyplomowego i uniemożliwiają obiektywną ocenę faktycznego czasu realizacji poszczególnych staży częściowych, który może być niezgodny z Ramowym Programem Stażu Podyplomowego Lekarza, stanowiącym zał. nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2012 roku w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474 ze zm.).

W związku z tym, że zgodnie z § 10 pkt 1 ww. rozporządzenia na stażyście spoczywa obowiązek prowadzenia karty stażu zobowiązuje się Dyrektora podmiotu do wyegzekwowania od koordynatora stażu podyplomowego realizacji zadań wynikających z § 7 ust. 6 ww. rozporządzenia, w szczególności pkt 2, w myśl którego to koordynator zapoznaje stażystę, przed rozpoczęciem stażu, z ramowym programem i indywidualnym harmonogramem stażu, **sposobem jego dokumentowania w karcie stażu** oraz obowiązkami i uprawnieniami stażysty.

## 2. Data i miejsce sporządzenia protokołu

Protokół sporządzono w dniu 19 września 2018 roku w Oddziale Nadzoru w Ochronie Zdrowia, Wydziału Zdrowia WUW w Poznaniu.

## 3. Wpis do książki kontroli

Fakt przeprowadzenia kontroli potwierdzono wpisem do księgi kontroli pod pozycją nr 3/2018 r.

## 4. Spis załączników

1. Oświadczenia kontrolujących, że nie istnieją okoliczności uzasadniające wyłączenie ich od udziału w kontroli.
2. Oświadczenie w sprawie zaplecza diagnostycznego.
3. Oświadczenie w sprawie opiekunów.
4. Listy obecności.
5. Karta Stażu Podyplomowego lekarza.
6. Harmonogram stażu podyplomowego z dnia 13.07.2018 r.

## 5. Dane o ilości egzemplarzy protokołu i ich przeznaczeniu

Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach z przeznaczeniem dla:  
egz. nr 1 – przedsiębiorca/kierownik kontrolowanego podmiotu  
egz. nr 2 – aa

## 6. Podpisy i oświadczenia

### • Podpisy osób wykonujących czynności kontrolne:

Przewodnicząca zespołu:  
Inspektor Wojewódzki  
*Aleksandra Jarosz*

.....  
*imię i nazwisko, podpis*

Członek zespołu:  
St. specjalista  
*Jolanta Bartczak*

.....  
*imię i nazwisko, podpis*

- ### • Potwierdzenie zapoznania się z protokołem 3.10.2018 r.
- Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej  
*mgr Wojciech Maćkowiak*  
....(*imię i nazwisko, podpis i data*).....

- **Oświadczenia**

1. Oświadczam, że ~~zgłaszam zastrzeżenia/~~ nie zgłaszam zastrzeżeń\* co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w niniejszym protokole

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej  
*mgr Wojciech Maćkowiak*

...3.10.2018 r.....  
(imię i nazwisko, podpis i data)

\*niepotrzebne skreślić

2. Oświadczam, że ~~zamierzam wnieść zastrzeżenia w terminie ustawowym/~~ nie zamierzam wnieść zastrzeżeń\* co do sposobu przeprowadzania czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w niniejszym protokole

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej  
*mgr Wojciech Maćkowiak*

...3.10.2018 r.....  
(imię i nazwisko, podpis i data)

\*niepotrzebne skreślić

- **Potwierdzenie odbioru 1 egz. protokołu**

Jeden egz. protokołu odebrano dnia: 28.09.2018 r.

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej  
*mgr Wojciech Maćkowiak*  
.....(imię i nazwisko, podpis i data).....

*Na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 ze zm.) dokument zanonimizowała Aleksandra Jarosz - Inspektor Wojewódzki, 17.10.2018 r.*