

Skierniewice, dn.

.....
(Imię, nazwisko/nazwa wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania / siedziby)

.....
(NIP, REGON)

.....
(telefon kontaktowy)

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Skierniewicach
ul. Piłsudskiego 33
96-100 Skierniewice**

WNIOSEK O WYDANIE OPINII ORGANU SANITARNEGO

**O SPEŁNIENIU WYMAGAŃ SANITARNYCH PRZEZ POMIESZCZENIA
I URZĄDZENIA PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ**
(na podstawie zapisów art. 17 w zw. z art. 4, 22 i 100 ustawy z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej

(tekst jednolity Dz. U. z 2013r, poz. 217)

PODMIOT LECZNICZY

FILIA ISTNIEJĄCEGO PODMIOTU LECZNICZEGO

PODMIOT LECZNICZY – ROZSZERZENIE ZAKRESU ŚWIADCZEŃ

Charakter obiektu: **DZIAŁAJĄCY** **NOWOPOWSTAŁY**

INFORMACJE DOTYCZĄCE POMIESZCZEŃ PODMIOTU LECZNICZEGO:

Zlokalizowanych (adres)

przeznaczonych na prowadzenie działalności leczniczej przez (nazwa podmiotu leczniczego):

.....

.....

w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych:

.....

.....

.....

Opinia powyższa jest wymagana jako element wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez:

.....

ZAŁĄCZNIKI DOŁĄCZONE DO WNIOSKU:

1. Dokument dotyczący prowadzonej działalności (KRS, wpis do działalności gospodarczej)
2. Tytuł prawny do pomieszczeń, których dotyczy wnioski.
3. Projekt lub kopia projektu pomieszczeń z zaznaczeniem: otworów drzwiowych i okiennych, zlewów i umywalek, węzłów sanitarnych, poczekalni, metrażu pomieszczeń, rozwiązania wentylacji, dostępności dla osób niepełnosprawnych z wymaganymi przepisami.
4. Statut lub inny dokument ustalający zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych.
5. W przypadku, gdy z pomieszczenia korzystają także inne podmioty – harmonogram obejmujący czasową lub funkcjonalną rozdzielność działania gabinetów lekarskich i zabiegowych, pozostałych pomieszczeń, w tym zaplecza sanitarnego i socjalnego, ciągów komunikacyjnych oraz pracy personelu.
6. W przypadku pracy na sprzęcie wielorazowym, należy przedstawić sposób rozwiązania sterylizacji.
7. Umowa na odbiór odpadów medycznych skażonych.

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są kompletne i tożsame ze składanymi we wniosku do organu rejestrowego, o wpis do rejestru podmiotów leczniczych, zgodnie z wymogami art. 17 w zw. z art. 22, 100 i 106 ustawy z 15 kwietnia 2011 r o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2013r., poz. 217).

.....
data

.....
podpis osoby/
osób uprawnionych
do reprezentacji wnioskodawcy

UWAGA !!!

Wnioski bez wymaganych załączników nie będą rozpatrywane.

POUCZENIE:

1. W odstępie 5 dni od złożenia wniosku w sekretariacie PSSE w Skierniewicach przy ul. Piłsudskiego 33, należy telefonicznie skontaktować się w godz. 08.00-10.00 z Zapobiegawczym Nadzorem Sanitarnym (w przypadku nowopowstałej placówki, po uprzednim złożeniu odrębnego wniosku o opinię zgodności z prawem budowlanym) lub Sekcją Nadzoru Epidemiologicznego PSSE w Skierniewicach - ☎ 46 834-33-29 - celem ustalenia terminu przeprowadzenia czynności kontrolnych. Sekcja Nadzoru Epidemiologicznego PSSE w Skierniewicach opiniuje podmiot leczniczy w pełni gotowy do rozpoczęcia deklarowanej we wniosku działalności leczniczej.

2. W chwili rozpoczęcia realizacji świadczeń medycznych, adekwatnie do ich zakresu, **zakład zobowiązany jest posiadać opracowane następujące PROCEDURY:**
- Higienicznego mycia rąk
 - Postępowania poekspozycyjnego
 - Dezynfekcji, mycia narzędzi i sprzętu medycznego
 - Sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń
 - Postępowania z czystą bielizną
 - Postępowania z brudną bielizną
 - Postępowania z odpadami medycznymi
 - Chirurgicznego mycia rąk (dla chirurgii jednego dnia, wykonywaniu zabiegów w znieczuleniu ogólnym)
 - Dezynfekcji, mycia endoskopów, akcesoriów, narzędzi i sprzętu medycznego (dotyczy pracowni endoskopii)
 - Postępowania z materiałem sterylnym (dotyczy pracowni endoskopii)
- podlegające ocenie w trakcie prowadzonych przez pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej czynności kontrolnych.**
3. W sytuacji niepodjęcia działalności medycznej, zmiany zakresu realizowanych świadczeń, zmiany danych teleadresowych, zaprzestania działalności
- kierownik zakładu zobowiązany jest **w ciągu 14 dni** powiadomić o tym fakcie **na piśmie** Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Skierniewicach.