**WNIOSEK O WYDANIE OPINII ORGANU SANITARNEGO**

O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UMOŻLIWIAJĄCYCH UDZIELANIE OKREŚLONYCH ŚWIADCZEŃ LECZNICZYCH

PRZEZ PODMIOT LECZNICZY

L.Dz. wnioskodawcy ……………………………..

**Państwowy Graniczny Inspektor Sanitarny w Szczecinie, Al. Wojska Polskiego 160, 70-481 Szczecin**

(nazwa i siedziba Państwowego Inspektora Sanitarnego)

[ ]  **PODMIOT LECZNICZY** **(\*)**

………………….

 **Znak sprawy**

[ ]  **FILIA ISTNIEJĄCEGO PODMIOTU LECZNICZEGO**

[ ]  **PODMIOT LECZNICZY – ROZSZERZENIE ZAKRESU ŚWIADCZEŃ**

………………….

 **Data rejestracji**

[ ]  **PODMIOT LECZNICZY TWORZONY NA PODSTAWIE PROGRAMU**

**DOSTOSOWANIA (\*) –** zaznaczyć właściwe

Z ZAKRESEM PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH ……………..……………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

**DANE WNIOSKODAWCY – WŁAŚCICIELA / PRAWNEGO PRZEDSTAWICIELA:**

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………….

(kod pocztowy, miejscowość i ulica)

Nr telefonu kontaktowego ………………………………..

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTOWEGO PODMIOTU LECZNICZEGO:**

**Pełna nazwa** ……………...……………………………………………………………………………….

**Adres** ……………...………………………………………………………………………………………

(kod pocztowy, miejscowość i ulica)

**Nr telefonu** ……………………… **faks** ……………………… **Regon** ……………….

**NIP** ………………. **Nr KRS** …………………………………. **e-mail** ……………………………….

**Charakter obiektu** [ ]  **DZIAŁAJĄCY** [ ]  **NOWOPOWSTAŁY**

Siedziba główna (pełna nazwa) ………………………..…………………………………………………..

Adres ……………...…………………………………………..……………………………………………

(kod pocztowy, miejscowość i ulica)

Nr telefonu ……………………… faks …………………………………………………..

**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

(Dz. U. Nr 112, poz. 654).

Podpis ………………………………………..

Data ……………………………..

**ZAŁĄCZNIKI DOŁĄCZONE DO WNIOSKU (obowiązkowe):**

**1/ Właściwa dokumentacja techniczna.**

**2/ Statut zakładu opieki zdrowotnej.**

**3/ Wyciąg z wpisu we właściwym rejestrze albo w ewidencji działalności gospodarczej (KRS).**

**4/ Umowa na utylizację odpadów medycznych.**

**5/ Umowa na pranie bielizny.**

**6/ Raport z aktualnej kontroli wewnętrznej procesów sterylizacji wskaźnikami biologicznymi (autoklawu).**

**7/ Umowa na wykonywanie sterylizacji – w przypadku braku urządzenia do sterylizacji.**

**U W A G A !!!**

**Wnioski bez wymaganych załączników nie będą rozpatrywane.**

**POUCZENIE:**

1. W odstępie 5 dni od złożenia Wniosku w sekretariacie GSSE w Szczecinie przy Al. Wojska Polskiego 160, należy telefonicznie skontaktować się w godz. 08.00-10.00 z Oddziałem Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego (w przypadku nowopowstałej placówki, po uprzednim złożeniu odrębnego wniosku o opinię zgodności z prawem budowlanym) lub Oddziałem Nadzoru Sanitarnego obszarem Epidemiologii GSSE w Szczecinie 🕿 91 462 43 18 - celem ustalenia terminu przeprowadzenia czynności kontrolnych. Oddział Nadzoru Sanitarnego GSSE w Szczecinie 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 Granicznego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie.