



Załącznik nr 2

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), *Wojciech Matonowski*
(Imię i nazwisko)

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.) oświadczam, że uzyskałem(-łam) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

- 1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
.....
w dniu w postaci

- 2) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie wytwarzania lub obrotu produktem leczniczym, substancjami czynnymi i wykorzystywanymi jako materiały wyjściowe przeznaczone do wytwarzania produktów leczniczych, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Wytwórca dla Lek. Przepisów o Głównym pt. "Ciepłe Porywki"
z cyklem w Słacu Podgórny, Novo Nordisk Pharma Sp. z o.o.
w dniu *01.10.21* w postaci
oplate za wytwór

- 3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
.....
w dniu w postaci

- 4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
.....
w dniu w postaci

- 5) który złożył wniosek o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego albo uzyskał to pozwolenie lub złożył wniosek o wydanie pozwolenia na import równoległy produktu leczniczego albo uzyskał to pozwolenie (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

w dniu w postaci.....
.....

- 6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
.....
w dniu w postaci
.....

- 7) posiadającego akcje lub udziały w spółkach handlowych wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
.....
w dniu w postaci.....
.....

- 8) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
.....
w dniu w postaci
.....

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Dłubau 11. 10. 21
(miejscowość, data)

.....
Natonecki
(podpis)



WARMIŃSKO-MAZURSKI URZĄD WOJEWÓDZKI W OLSZTYNIE

WZ-II.9612.2.25.2021

PROTOKÓŁ KONTROLI PLANOWEJ

podmiotu leczniczego pn.:

PRAKTYKA STOMATOLOGICZNA

DENTESTETIC

WOJCIECH SZALKOWSKI

10-689 Olsztyn, ul. Bolka i Lolka 15

prowadzącego zakład leczniczy pod nazwą:

DENTESTETIC STOMATOLOGIA

13-100 Nidzica, ul. Aleja Sprzymierzonych 38

Nr księgi rejestrowej: 000000207422

Olsztyn, 28 września 2021 r.

I. Informacje dotyczące kontroli:

| Zakres Informacji | Dane | Akta kontroli str. |
|---|---|--------------------|
| Termin kontroli | Data rozpoczęcia kontroli – 22.09.2021 r. Data zakończenia kontroli – 22.09.2021 r. | 1-3 |
| Rodzaj kontroli | kompleksowa | |
| Osoby kontrolujące | 1. Emilia Czudek - starszy inspektor wojewódzki, kierownik zespołu kontrolnego na podstawie upoważnienia nr FK-IV.0030.624.2021 wydanego przez Wojewodę Warmińsko – Mazurskiego z dnia 17.09.2021 r. oraz legitymacji służbowej nr 42/2018. 2. Beata Pawelec – inspektor wojewódzki, członek zespołu kontrolnego na podstawie upoważnienia nr FK-IV.0030.625.2021 wydanego przez Wojewodę Warmińsko – Mazurskiego z dnia 17.09.2021 r. oraz legitymacji służbowej nr 43//2018. | |
| Zakres kontroli | Ocena spełniania warunków wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem o wpis do rejestru oraz w zakresie złożonego oświadczenia o spełnianiu warunków wykonywania działalności leczniczej a także w zakresie zgodności z danymi zawartymi w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. | |
| Dyrektor/Kierownik podmiotu leczniczego lub osoba upoważniona | WOJCIECH SZALKOWSKI | 4, 5 |

II. Informacje podstawowe dotyczące podmiotu leczniczego:

| Zakres informacji | Dane zawarte w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego | Zgodność ze stanem faktycznym | Akta kontroli str. |
|--|--|-------------------------------|--------------------|
| Numer księgi | 000000207422 | TAK | 5, 6-13 |
| Firma, nazwa albo imię i nazwisko podmiotu leczniczego | PRAKTYKA STOMATOLOGICZNA DENTESTETIC WOJCIECH SZALKOWSKI | TAK | |
| Adres siedziby podmiotu leczniczego, a w przypadku osoby fizycznej – adres do korespondencji | 10-689 Olsztyn, ul. Bolka i Lolka 15 | TAK | |
| Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych | 13-100 Nidzica, ul. Aleja Sprzymierzonych 38; 10-689 Bartąg, ul. Tęczowy Las 5/U2. | TAK | |
| Rodzaj działalności | 3 - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne | TAK | |
| Dane teleadresowe | nr tel.: 601 944 119 mail: szalkowski22@gmail.com | TAK | |

Działalność leczniczą kontrolowany zakład leczniczy rozpoczął 2019-04-01r.

III. Struktura organizacyjna podmiotu leczniczego:

| Lp. | Zakład leczniczy | Lp. | Jednostki organizacyjne | Lp. | Komórki organizacyjne | Zgodność ze stanem faktycznym |
|-----|--|-----|---|-----|---|-------------------------------|
| 1. | DENTESTETIC STOMATOLOGIA Regon: 28017426600034 | | | | | TAK |
| | | 1. | Stomatologia Nidzica (część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - 01) | | | TAK |
| | | | | 1. | poradnia stomatologiczna (część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych-001) | TAK |
| | | | | 2. | pracownia tomografii stomatologicznej (część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych-002) | TAK |

| | | | | | | |
|--|--|----|--|----|--|-----|
| | | 2. | Stomatologia Olsztyn (część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - 02) | 3. | poradnia stomatologiczna (część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych- 003) | TAK |
|--|--|----|--|----|--|-----|

(akta kontroli str. 6-13)

IV. Regulamin organizacyjny - art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 711)

| Lp. | Treść w/w artykułu | Zgodność ze stanem faktycznym |
|-----|---|-------------------------------|
| 1. | Kontrolowany podmiot leczniczy posiada regulamin organizacyjny, o którym mowa w art. 23 ustawy o działalności leczniczej. | TAK |

(akta kontroli str. 14)

V. Zgodność regulaminu organizacyjnego z zapisami art. 24 ust. 1 w/w ustawy o działalności leczniczej:

| Pkt. | Kryteria | tak | nie |
|-------|---|-----|-----|
| pkt.1 | firma albo nazwa podmiotu; | X | |
| pkt.2 | cele i zadania podmiotu; | X | |
| pkt.3 | struktura organizacyjna zakładu leczniczego; | X | |
| pkt.4 | rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych; | X | |
| pkt.5 | miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych – w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń; | X | |
| pkt.6 | przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego; | X | |
| pkt.7 | organizacja i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym; | X | |
| pkt.8 | warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych; | X | |

| | | | |
|--------|---|-------------|--|
| pkt.9 | wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; | X | |
| pkt.10 | organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat; | X | |
| pkt.11 | wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1947) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym; | Nie dotyczy | |
| pkt.12 | wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością; | X | |
| pkt.13 | sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego | X | |

VI. Wymagania art. 24 ust. 2 w/w ustawy o działalności leczniczej:

| Lp. | Wymagania artykułu | Posiada | Akta kontroli str. |
|-----|--|---------|--------------------|
| 1. | Podmiot leczniczy zamieścił w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych informacje o rodzaju działalności leczniczej oraz zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, informację o wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej oraz o wysokości opłat za świadczenia zdrowotne wykonywane odpłatnie. | TAK | 14 |

VII. Wymagania art. 14 ust. 1 w/w ustawy o działalności leczniczej:

Dyrektor podmiotu leczniczego podczas kontroli otrzymał informację dotyczącą możliwości podawania do wiadomości publicznej informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych z zaznaczeniem, iż treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy.

Dyrektor podczas kontroli podczas kontroli złożył pisemne oświadczenie, w którym poinformował, iż podawana do wiadomości publicznej informacja o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych nie ma cech reklamy.

(akta kontroli str. 15-16)

VIII. Wymagania art. 15 w/w ustawy o działalności leczniczej:

| Lp. | Treść w/w art. | Posiada | Akta kontroli str. |
|-----|--|---------|--------------------|
| 1. | Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia – (zestaw p/wstrząsowy). | TAK | 14 |

IX. Wymagania art. 17 w/w ustawy o działalności leczniczej:

| Lp. | Kryteria kontroli | Spełnia wymagania | Nie Dotyczy | Akta kontroli str. |
|-----|--|-------------------|-------------|--------------------|
| 1. | podmiot leczniczy posiada pomieszczenia lub urządzenia, odpowiadające wymaganiom określonym w art. 22 w/w ustawy; | TAK | | 4, 14 |
| 2. | podmiot leczniczy stosuje wyroby odpowiadające wymaganiom ustawy o wyrobach medycznych; | TAK | | 4, 14, 17 |
| 3. | podmiot leczniczy zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach; | TAK | | 18-19 |
| 4. | podmiot leczniczy zawarł umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. | TAK | | 14 |

X. Inne ustalenia kontroli

| Lp. | Kryteria | Posiada | Akta kontroli str. |
|-----|--|---------------------|--------------------|
| 1 | Podmiot posiada umowę na transport i utylizację odpadów medycznych. | TAK | 5 |
| 2 | W podmiocie leczniczym zamieszczone zostały w miejscu ogólnodostępnym prawa pacjenta. | TAK | 14 |
| 3 | Podmiot leczniczy posiada tytuł prawny do lokalu, w którym udzielane są świadczenia zdrowotne. | TAK | 14 |
| 4 | Podmiot posiada umowę na sterylizację sprzętu medycznego. | We własnym zakresie | 14 |
| 5 | Dokumentacja medyczna prowadzona jest zgodnie wymogami | TAK | - |

| | | |
|---|--|--|
| rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020, poz. 666). | | |
|---|--|--|

Podczas kontroli przedstawiono statystykę udzielonych świadczeń zdrowotnych w okresie od lipca do 21.09.2021 roku.

(akta kontroli str. 20-23)

XI. Stwierdzone nieprawidłowości:

Podczas czynności kontrolnych w zweryfikowanym zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

XII. Wnioski osób wykonujących czynności kontrolne:

Działalność podmiotu leczniczego w zakresie przedmiotu kontroli prowadzona jest:

1. zgodnie z :

- księgą rejestrową 000000207422;
- art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 711);
- art. 15 w/w ustawy o działalności leczniczej;
- art. 17 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 4 w/w ustawy o działalności leczniczej;
- art. 22 ust. 1 w/w ustawy o działalności leczniczej;
- art. 23 w/w ustawy o działalności leczniczej;
- art. 24 ust. 1 oraz ust. 2 w/w ustawy o działalności leczniczej;
- art. 57.1 ustawy z dnia 6 marca 2018 Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 162);
- art. 11 ustawy z dnia 6 listopada o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849.).

Wobec faktów stwierdzonych powyżej kontrola została oceniona pozytywnie.



Pouczenie

Kierownikowi podmiotu leczniczego przysługuje prawo do:

- zgłoszenia po sporządzeniu protokołu, a przed jego podpisaniem umotywowanych zastrzeżeń co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w protokole, z kolei osoby wykonujące czynności kontrolne są zobowiązane do zbadania dodatkowo tych faktów i uzupełnienia protokołu; przy czym zgłoszenie zastrzeżeń nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez osoby wykonujące czynności kontrolne;
- wniesienia do Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu zastrzeżeń co do sposobu przeprowadzania czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole.

Przed rozpoczęciem czynności kontrolnych kierownik podmiotu leczniczego została pouczona o prawach i obowiązkach kontrolowanego przedsiębiorcy.

(akta kontroli str. 24)

Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

..... *Po raporcie są mi z tym samym zestawem*

(informacja o zastrzeżeniach, braku zastrzeżeń albo informacja o odmowie podpisania protokołu oraz o przyczynie tej odmowy).

Kontrolę przeprowadzono w dniu 22 września 2021 r.

Dokonano wpisu w książce kontroli, strona numer 1.

Protokół składa się z 8 stron.

STARZY INSPEKTOR
WOJEWÓDZKI

Emilia Czudek
Emilia Czudek

.....
podpis osoby przeprowadzającej kontrolę

INSPEKTOR WOJEWÓDZKI

Beata Pawełek
Beata Pawełek

.....
podpis osoby przeprowadzającej kontrolę

Wojciech Szalkowski

Wojciech Szalkowski
mgr. anal. medycznej

.....
podpis kierownika podmiotu leczniczego
(poświadczam, iż zapoznałam /-em się z treścią protokołu)

Olsztyn, dn. 13.10.2021

(miejscowość, data)

PRAKTYKA STOMATOLOGICZNA

DENTESTETIC

Wojciech Szalkowski

ul. Bolka i Lolka 15, 10-696 Olsztyn

NIP 5671507728, tel. 89 672 36 64

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego