

Egz. nr 

Protokół

z kontroli problemowej przeprowadzonej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Czerwonej Górze (zwanym dalej: jednostką, szpitalem, WSS) w okresie od 12 lutego do 16 lutego 2015 roku przez Rafała Lisa – Kierownika Oddziału Planowania, Sprawozdawczości, Obsługi Biura i Koordynacji Kontroli Zarządczej w Biurze Kontroli Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach działającego na podstawie upoważnienia do przeprowadzenia kontroli Nr BKO.1711.X.1.2015 z dnia 09.02.2015 roku wydanego przez Dyrektora Biura Kontroli.

Zakresem kontroli objęto wprowadzenie i stosowanie w jednostce procedur dających zapewnienie kierownika jednostki funkcjonowania, adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, a w szczególności:

- przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
- zarządzania ryzykiem,
- samooceny kontroli zarządczej.

W trakcie kontroli wyjaśnień i informacji udzielali:

- Pan Youssef Sleiman – Dyrektora Szpitala,
- Pani Beata Snochowska – Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością

oraz inni pracownicy jednostki w miarę zachodzących potrzeb.

I. Ustalenia ogólne.

Podstawy prawne legalizujące działalność jednostki:

- Statut wprowadzonego uchwałą Nr XLVII/837/14 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 22 września 2014 roku w sprawie zmian w Statucie

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze nadanego uchwałą Nr XXI/366/12 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego, zmienionego uchwałą Nr XXV/443/12 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego;

- wpisu do Księgi Rejestrowej Nr 000000014607 prowadzonej przez Wojewodę Kieleckiego. Ostatnia zmiana wpisu do rejestru z dn. 16.01.2015 r.
- wpis do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej pod numerem KRS:0000009315. Zgodnie z odpisem z rejestru KRS z dnia 10.02.2015 r, od pierwszego wpisu do KRS dokonano 9 kolejnych wpisów w rubryce „Informacje o statucie” w związku z wprowadzonymi zmianami statutu oraz schematu organizacyjnego WSS.
- numer identyfikacyjny REGON 000296213-00025 nadany w dniu 03.12.2012 r. przez Urząd Statystyczny w Kielcach;
- numer identyfikacji podatkowej NIP 959-12-89-964 nadany w dniu 15.12.1998 roku przez Urząd Skarbowy w Kielcach.

W jednostce obowiązuje Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze pozytywnie zaopiniowany Uchwałą Nr 21/2012 Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze w dniu 18 grudnia 2012 roku. Zmiany do regulaminu wprowadzono w drodze poniższych uchwał Rady Społecznej :

- uchwałą nr 4/2013 z dnia 12 marca 2013 roku;
- uchwałą nr 8/2013 z dnia 20 maja 2013 roku;
- uchwałą nr 18/2013 z dnia 1 października 2013 roku;
- uchwałą nr 2/2014 z dnia 13 lutego 2014 roku;
- uchwałą nr 7/2014 z dnia 10 kwietnia 2014 roku;
- uchwałą nr 9/2014 z dnia 10 lipca 2014 roku

Zarządzeniem nr 92/98 Wojewody Kieleckiego z dnia 12 sierpnia 1998 roku w sprawie przekształcenia Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Kielcach w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, zakład wpisany pod numerem 55/75 do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, na mocy decyzji nr 44/93 Wojewody Kieleckiego z dnia 7 października 1993 roku przekształcono

Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Kielcach w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Uchwałą Nr 4/2008 Rady Społecznej Świętokrzyskiego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc z 20 maja 2008 roku, zatwierdzoną Uchwałą Nr 1059/2008 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 16 lipca 2008 r., nastąpiła zmiana nazwy szpitala na Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze.

Jednostka prowadzi działalność i gospodarkę finansową w oparciu o:

- ustawę z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2013. 217 z późn. zm.)
 - ustawę z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U.2013.330 j.t. ze zm.),
 - ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.),
 - ustawę z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U.2013.885 j.t. ze zm.),
- oraz inne, obowiązujące w zakresie prowadzonej działalności, przepisy prawa.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej funkcjonującym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Celem zakładu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi oraz podejmowanie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania i realizowanie zadań z zakresu promocji zdrowia oraz prowadzenie działalności humanitarnej na rzecz pacjentów.

W ramach Zakładu działają trzy wyodrębnione przedsiębiorstwa:

- 1) Szpital w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny
- 2) Przychodnia przy Szpitalu w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny,

- 3) Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna Szpitala w Czerwonej Górze,
ul. Jagiellońska 72, 25-734 Kielce.

Organami WSS są:

1. Dyrektor;
2. Rada Społeczna.

Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym Samorządu Województwa Świętokrzyskiego oraz organem doradczym Dyrektora. W skład Rady Społecznej wchodzi 5 osób. Kadencja Rady Społecznej upływa z dniem powołania nowej Rady Społecznej przez podmiot tworzący.

Sposób finansowania i gospodarkę finansową Zakładu określa ustawa o działalności leczniczej oraz ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dyrektor zarządza, kieruje Zakładem, reprezentuje Zakład na zewnątrz odpowiadając jednoosobowo za jego działalność.

Uchwałą Nr 1354/2012 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 12 września 2012 roku został zarządzony konkurs na stanowisko Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze. Jednocześnie na czas wyłonienia w drodze konkursu Dyrektora Szpitala jego obowiązki zostały powierzone Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych Panu Jerzemu Szebli.

W związku ze złożeniem przez Pana Jerzego Szeblę rezygnacji z funkcji p.o. Dyrektora, na mocy Uchwały Nr 1614/13 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 9 stycznia 2013 roku, do czasu wyłonienia w drodze konkursu Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, jego obowiązki z dniem 19 stycznia 2013 roku zostały powierzone Zastępcy Kierownika Oddziału II Gruźlicy i Choroby Płuc – Panu Youssefowi Sleimanowi.

W wyniku przeprowadzonego konkursu, uchwałą Nr 1796/13 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 3 kwietnia 2013 roku, Pan Przemysław Westfal został powołany na stanowisko Kierownika Szpitala, a następnie Uchwałą Nr 1823/13 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 17 kwietnia 2013 roku Pan Przemysław Westfal został odwołany z tej funkcji.

Następnie, do czasu wyłonienia w drodze konkursu kierownika SP ZOZ, Uchwałą Nr 1924/13 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 29 maja 2013 roku, funkcję pełniącego

obowiązki dyrektora Szpitala z dniem 29 maja 2013 r. powierzono ponownie Panu Youssefowi Sleimanowi.

Obecnie funkcję Dyrektora Szpitala pełni Pan Youssef Sleiman powołany na to stanowisko Uchwałą Nr 2145/13 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 28 sierpnia 2013 roku.

II. Ustalenia szczegółowe.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Czerwonej Górze całość działalności statutowej obejmuje System Zarządzania Jakością (SZJ) zgodny z normą ISO 9001:2008. Wobec zrealizowania Celu Jakościowego za rok 2006, z dniem 01.08.2006 r. zarządzeniem Nr 42/2006 Dyrektora Szpitala z dn. 1 sierpnia 2006 r. wprowadzono w życie System Zarządzania Jakością zgodny z międzynarodowym standardem opartym o ISO 9001:2000. System został udokumentowany Księgą Jakości, Kartami Procesów i procedurami. Wszyscy pracownicy Szpitala zostali zobowiązani do znajomości:

- Zobowiązania Kierownictwa,
- Polityki Jakości,
- do znajomości i stosowania Systemu Zarządzania Jakością w zakresie swoich obowiązków.

Ponadto pracownicy zostali zobowiązani do zorganizowania w swoich obszarach działania sprawnego systemu zbierania, rozpatrywania i notowania wszystkich istotnych uwag o funkcjonowaniu systemu oraz do składania propozycji wprowadzenia działań korygujących i zapobiegawczych.

Do stałego nadzorowania systemu w imieniu Dyrektora wyznaczono Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością. Na dzień przeprowadzania kontroli tę funkcję sprawowała powołana z dniem 14.04.2014 r. pani Beata Snochowska.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Czerwonej Górze:

- określił procesy konieczne dla funkcjonowania SZJ oraz zastosował je w całej organizacji,
- określił kolejność procesów i wzajemne oddziaływanie tych procesów w formie:
 - Mapy procesów stanowiącej załącznik do Księgi Jakości,
 - wykresów przebiegu realizowanych procesów stanowiących załączniki do kart procesów,

- określił kryteria i metody potrzebne dla zapewnienia skuteczności zarówno przebiegu, jak i nadzorowania tych procesów,
- zapewnia dostępność zasobów i informacji niezbędnych dla wspomagania przebiegu i monitorowania procesów,
- monitoruje, mierzy i analizuje przebieg procesów,
- wdraża działania niezbędne dla osiągnięcia zaplanowanych wyników,
- stale doskonali realizowane procesy.

Procesy obejmują procesy zarządzające, główne, wspomagające oraz pomocnicze. WSS nadzoruje procesy realizowane na zewnątrz.

W toku czynności kontrolnych poproszono dyrektora jednostki o złożenie pisemnej informacji dotyczącej wybranych elementów funkcjonującego w szpitalu systemu kontroli zarządczej. W tym celu wykorzystano zamieszczony poniżej kwestionariusz samooceny zawierający pytania dotyczące badanego zakresu.

Przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania			
			Uwagi
Czy w jednostce obowiązuje zbiór zasad etycznych (np. kodeks etyki) lub pracownicy zobowiązani są do przestrzegania zasad etyki zawodowej sformułowanych np. w kodeksach opracowanych przez właściwe samorządy zawodowe?	TAK	Kodeks Etyki Pielęgniarskiej, Kodeks Etyki Lekarskiej opracowane przez samorządy. Zapisy w Regulaminie Organizacyjnym, zakresach czynności pracowników.	
Czy znajomość kodeksów etyki obowiązujących w jednostce jest okresowo potwierdzana przez pracowników?	TAK	Podpisy pracowników w zakresach czynności.	
Czy pracownicy uczestniczyli w szkoleniach o tematyce związanej z zasadami etycznego postępowania?	TAK	2 x w roku szkolenia Pielęgniarek w ramach komórek organizacyjnych. Potwierdzone listą obecności.	
Czy kwestie uczciwego i etycznego postępowania poruszane są na naradach najwyższego kierownictwa z kierownikami komórek oraz na spotkaniach kierownictwa z pracownikami?	TAK		
Czy pracownicy rozumieją, jakie zachowanie jest właściwe, a jakie niewłaściwe, jakie konsekwencje może spowodować niewłaściwe zachowanie, a także jakie działania powinni podjąć, jeżeli są świadomi wystąpienia przypadków mobbingu, konfliktu interesów, korupcji itp. ?	TAK	Dokument Organizacyjny DO-02 Załącznik nr 24 „Komisja Etyczna”, Zarządzenie wewnętrzne 66/2013 dotyczące powołania Komisji Antymobbingowej.	

Czy znaczenie uczciwości i wartości etycznych ma swoje odzwierciedlenie w kryteriach ocen okresowych pracowników?	TAK		
Zarządzanie ryzykiem			
Czy najwyższe kierownictwo ustaliło ogólne cele jednostki co najmniej na bieżący rok?	TAK	Cele Jakościowe ustalane na każdy rok.	
Czy cele ogólne są jasne i zgodne z zadaniami jednostki określonymi przez przepisy prawa, statut lub inne obowiązujące jednostkę regulacje?	TAK		
Czy liczba celów ogólnych jest niewielka, aby kierownictwo mogło skutecznie monitorować ich realizację?	TAK		
Czy został określony termin, w którym poszczególne cele ogólne mają być osiągnięte?	TAK		
Czy ustalone cele ogólne są możliwe do osiągnięcia przez daną jednostkę?	TAK		
Czy wszyscy pracownicy znają i rozumieją cele ogólne jednostki?	TAK	Dostępne w wersji elektronicznej na serwerze szpitalnym.	
Czy ustalono mierzalne kryteria lub wskaźniki realizacji celów ogólnych i czy kierownik jednostki ocenia okresowo stopień realizacji tych celów?	TAK	Sprawozdania z realizacji Celów Jakościowych.	
Czy ustalone zostały cele szczegółowe dla poszczególnych komórek organizacyjnych, których realizacja służy osiągnięciu celów ogólnych?	TAK	Zadania dla poszczególnych komórek organizacyjnych określone w Celach Jakościowych.	
Czy zostały wyznaczone – na właściwym szczeblu zarządzania – osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych celów szczegółowych?	TAK	Cele Jakościowe – osoby współpracujące.	
Czy ustalono mierzalne kryteria lub wskaźniki realizacji celów szczegółowych?	TAK		
Czy dokonuje się okresowego przeglądu celów szczegółowych w celu weryfikacji ich aktualności?	TAK		
Czy kierownicy każdego szczebla są włączeni w ustalanie celów szczegółowych i zaangażowani w ich osiąganie?	TAK		
Czy cele zostały ustalone realistycznie, adekwatnie do posiadanych przez jednostkę zasobów?	TAK		
Czy w razie wystąpienia niespodziewanych rezultatów lub tendencji prowadzi się ich analizę w celu identyfikacji czynników, które mogą zagrozić osiągnięciu celów, oraz podejmuje się działania zaradcze?	TAK		
Czy dla celów ogólnych i szczegółowych ujętych w planach działalności jednostki identyfikuje się ryzyka, których wystąpienie może spowodować problemy w ich osiągnięciu?	NIE		
Czy metoda identyfikacji ryzyka jest spójna w całej jednostce?	TAK		

Czy identyfikacja ryzyka prowadzona jest w sposób planowy i systematyczny, nie rzadziej niż raz w roku?	TAK	Dokumentacja Systemu Zarządzania Jakością (np. Proces analizy danych i ciągłego doskonalenia, Proces Kontroli zakażeń szpitalnych, Procesy usług diagnostyczno – leczniczo – pielęgnacyjnych, Procedura Ocena stanu pacjenta, Procedury dotyczące Zarządzania informacją, Dokument Organizacyjny dotyczący działania Zespołów, Komitetów, Komisji).	
Czy proces identyfikacji ryzyka jest dokumentowany?	TAK		
Czy w razie istotnej zmiany celów jednostki lub warunków, w których funkcjonuje, identyfikacja ryzyka jest ponawiana?	NIE		
Czy kierownik jednostki wyznaczył komórkę organizacyjną, której zadaniem jest identyfikacja ryzyka w całej jednostce?	NIE		
Czy kierownik jednostki powołał zespół, którego celem będzie identyfikacja ryzyka?	NIE		
Czy kierownik jednostki wykorzystał metodę oddolnej identyfikacji ryzyka, w której identyfikacji ryzyka dokonują pracownicy na każdym szczeblu, a wyniki przekazywane są stopniowo w górę struktury organizacyjnej?	TAK	Przekaz informacji wynikający z uregulowań zawartych w Dokumentacji Systemu Zarządzania Jakością	
Czy kierownik jednostki organizuje narady kierownictwa poświęcone identyfikacji ryzyka?	TAK		
Czy każde zidentyfikowane ryzyko poddawane jest analizie, mającej na celu określenie możliwych skutków (znaczenia, wpływu) danego ryzyka i prawdopodobieństwa jego wystąpienia?	NIE		
Czy wyniki analizy ryzyka są dokumentowane?	NIE		
Czy w analizę ryzyka zaangażowani są kierownicy odpowiedniego szczebla oraz właściwi pracownicy?	NIE		
Czy kierownik jednostki wyznaczył poziom ryzyka akceptowalnego dla jednostki, czyli stopień ryzyka, jaki jednostka gotowa jest podjąć („apetyt na ryzyko”)?	NIE		
Czy zostały zaplanowane i wdrożone odpowiednie działania w stosunku do każdego zidentyfikowanego ryzyka, które nie może być przez jednostkę zaakceptowane?	NIE		
Czy dla każdego ryzyka został ustalony „właściciel”, czyli osoba odpowiedzialna za zarządzanie tym ryzykiem?	NIE		

Samooceńa kontroli zarządczej			
Czy przynajmniej raz w roku przeprowadzana jest samooceńa systemu kontroli zarządczej przez osoby zarządzające i pracowników jednostki?	TAK	Przegląd Zarządzania – 1xrok. Ocena satysfakcji pracowników i pacjentów.	
Czy proces samooceńy systemu kontroli zarządczej jest dokumentowany?	TAK		

Dokumentacja kontrolna od str. 1 do str. 3.

1. Przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania.

Zgodnie z informacją złożoną przez dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego pracownicy jednostki wykonujący zawody medyczne (lekarze, pielęgniarki) zobowiązani są do przestrzegania zasad etyki zawodowej sformułowanych w opracowanych przez właściwe samorządy zawodowe kodeksach etyki: Kodeks Etyki Lekarskiej, Kodeks Etyki Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej. W szpitalu funkcjonuje Komisja Etyczna oraz powołana zarządzeniem dyrektora nr 66/2013 z dnia 04.12.2013 r. Komisja Antymobbingowa. Zgodnie ze sprawozdaniem z dnia 03.02.2015 r. do Komisji Etycznej w ciągu roku 2014 nie wpłynęły żadne sprawy, interwencje i wnioski w zakresie jej działania.

Dokumentacja kontrolna od str. 4 do str. 6.

2. Zarządzania ryzykiem.

Kontrolującemu nie przedstawiono uregulowań wewnętrznych określających szczegółowo spójną dla całej jednostki procedurę zarządzania ryzykiem, w której m. in. wskazano by osobę, komórkę organizacyjną, czy też zespół, który odpowiada za koordynację systemu zarządzania ryzykiem. Nie przedstawiono dokumentów, z których wynikałoby, że w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym prowadzona jest na bieżąco identyfikacja i analiza ryzyka dla celów ogólnych i szczegółowych ujętych w planach działalności szpitala. Ponadto kierownik jednostki nie wyznaczył poziomu akceptowalnego ryzyka. Zgodnie ze szczegółowymi wytycznymi dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem stanowiącymi załącznik do komunikatu Nr 6 Ministra Finansów

z dnia 6 grudnia 2012 r. (poz. 56) działania podejmowane w ramach systemu zarządzania ryzykiem powinny być odpowiednio udokumentowane.

3. Samoocena kontroli zarządczej.

Dla zapewnienia stałej przydatności, adekwatności i skuteczności systemu zarządzania jakością Dyrektor Szpitala dokonuje przeglądu SZJ w planowanych odstępach czasu jeden raz w każdym roku kalendarzowym w IV kwartale. Podczas przeglądu jest identyfikowana możliwość doskonalenia systemu z uwzględnieniem potrzeby wprowadzenia zmian włączając w to politykę oraz cele jakościowe. Zapisy z przeglądu zarządzania są utrzymywane dla ułatwienia monitorowania ciągłego doskonalenia oraz stanowią dane wejściowe dla następnych przeglądów zarządzania.

Odpowiedzialność, zasady i tryb postępowania przy przeprowadzaniu przeglądu zarządzania określa ustanowiona i wdrożona w jednostce Karta Procesu nr KP-14 „Przegląd Zarządzania”. Zapisy z przeglądu zarządzania są utrzymywane zgodnie z procedurą PS-01 „Nadzór nad dokumentami i zapisami”.

WSS poprzez wdrożenie odpowiednich procedur zapewnia, że wszelkie uwagi i wnioski dotyczące percepcji klienta w odniesieniu do spełnienia jego wymagań są gromadzone, analizowane i wykorzystywane do:

- doskonalenia SZJ,
- poprawy jakości realizowanych usług oraz
- zwiększenia zadowolenia wszystkich zainteresowanych stron.

Informacje od klienta uzyskiwane są poprzez:

- badanie ankietowe satysfakcji pacjentów z wykorzystaniem kwestionariusza,
- badanie ankietowe satysfakcji pracowników,
- ewidencjonowanie i analizę skarg i wniosków wpływających do WSS,
- rozmowy bezpośrednie z kluczowymi klientami (pacjent, dostawca).

Na podstawie wniosków wpływających z uzyskanych informacji podejmowane są w razie potrzeby działania korygujące i zapobiegawcze oraz inne działania zmierzające do doskonalenia skuteczności systemu zarządzania jakością. Wnioski z uzyskanych od klienta informacji prezentowane są na przeglądach zarządzania.

Na tym protokół zakończono i po uprzednim odczytaniu podpisano bez zastrzeżeń. Protokół niniejszy zawiera 11 stron i 6 stron załączników stanowiących jego integralną część. Poinformowano Pana Dyrektora o przysługujących mu uprawnieniach do złożenia udokumentowanych wyjaśnień lub zastrzeżeń co do ustaleń zawartych w protokole w terminie 7 dni od daty jego podpisania. Protokół sporządzono w dwóch egzemplarzach, z których jeden pozostawiono Dyrektorowi jednostki. Fakt przeprowadzenia kontroli odnotowano w książce kontroli pod pozycją 3.

Kontrolujący:

..... KIEROWNIK.....
Oddziału Planowania,
Sprawozdawczości, Obsługi Biura
i Koordynacji Kontroli Zarządczej
..... Rafał
Rafał

Kontrolowany:

..... DYREKTOR.....
..... Youssef Sleiman.....
.....

.....
SZPITAL SPECJALISTYCZNY
Pafala w Czerwonej Górze
26-060 Chęciny
Czerwona Góra 10
tel 34-655-45, fax 34-655-67
00296213 NIP 959 12 89 964

Kielce, 24 kwiecień 2015 r.

