



VAS MEGYEI
KORMÁNYHIVATAL

UA/UEF/0h29-1/2020
Ügyiratszám:

JEGYZŐKÖNYV

BENTLAKÁSOS SZOCIÁLIS INTÉZMÉNYEK ELLENŐRZÉSÉHEZ

Készült: Vasvár 2020. április hó 17. nap
Készült: A(z) Vas Megyei Szociális Szolgáltató Társaság (Szolgáltató/Cégnév)
2020 április hónap 17. nap, 10da Vasvár Helység
10da S (utca, út, tér.) 11. szám alatti hivatalos helyiségben.

Hatóságom hatáskörét az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény 6. § (1) bekezdés e) pontja, valamint az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII.15.) Korm. rendelet 7. § (2) bekezdése, illetékességét az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet 13. § határozza meg.

Jelen vannak

Eljáró hatóság részéről:

Név: Stroos Péter Beosztás: Magyar Vezető Igazgató

Név: Beosztás:

Az ellenőrzött Szolgáltató részéről:

Név: Bényi Annamária Név:

Lakcím: Szombathely, Sárospatai u. 11. Lakcím:

Telefon sz.: 30/5519786 Telefon sz.:

Tevékenység: településvezetés Tevékenység:

E-mail címe: benny.annamaria@vas.gov.hu E-mail címe:

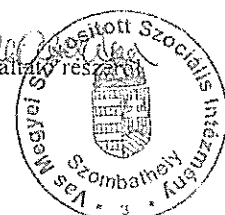
Munkáltató/Üzemeltető/Fenntartó neve: településvezetés Munkáltató/Üzemeltető/Fenntartó neve:

Székhelye: Szombathely, Sárospatai u. 11. Székhelye:

Szolgáltató Vezetőjének neve: településvezetés Szolgáltató Vezetőjének neve:

Stroos Péter
Aláírás ellenőrző hatóság részéről

Bényi Annamária
Aláírás szolgáltató részéről



Tárgy: bentlakásos szociális intézmény ápolásszakmai ellenőrzése

A szolgáltató ellenőrzést megelőző értesítését az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény (Ákr.) 102. §-a alapján mellőztük, így arra az ellenőrzés megkezdésével kerül sor.

Az ellenőrzés megkezdése előtt az ügyfelet az Ákr. 5. § (2) bekezdése alapján tájékoztattam jogairól, illetve kötelezettségeiről. Tájékoztatom továbbá arról, hogy az Ákr. 5. § (1) bekezdése szerint az ügyfél az eljárás során bármikor nyilatkozatot, észrevételt tehet. Felhívom figyelmét, hogy az Ákr. 64. § (2) bekezdése értelmében, ha az ügyfél vagy képviselője más tudomása ellenére az ügy szempontjából jelentős adatot valótlannul állít vagy elhallgat – ide nem értve, ha vele szemben az Ákr. 66. § (2) bekezdésében vagy (3) bekezdés b) és c) pontjában meghatározott ok áll fenn –, illetve ha a kötelező adatszolgáltatás körében a 105. § (2) bekezdésében foglalt ok hiányában adatszolgáltatási kötelezettségét nem teljesíti, eljárási bírsággal sújtható.

Az ellenőrzött képviseletében jelen levő közölte, hogy a tájékoztatásban, figyelemfelhívásban foglaltakat tudomásul vette.

1. A szolgáltató adatai:

- 1.1. Intézmény megnevezése: *Vasvár település*
Vas Megyei Szociális Szolgálatokért Szakmai Központ
- 1.1.1. Címe: *9800 Vasvár, Petőfi S. u. 14.*
- 1.1.2. Intézmény telefonszáma: *97/1573311* E-mail címe: *Umsz.ivanova@vmsz.hu*
- 1.2. Az intézmény fenntartója: *Szociális és Gazdasági Többségi Vasvár-terület*
- 1.3. Fenntartó levelezési címe: *9800 Szombathely, Bencze Gy. ter. 1.*
- 1.4. Fenntartó telefonszáma: *97/1517766* E-mail címe: *szoci@vasvar.gov.hu*
- 1.5. Az intézmény működési formája a fenntartó szerint:

- 1.) önkormányzat/állami költségvetési szerv által fenntartott 2.) egyház által fenntartott
 3.) vállalkozás/gazdasági társaság által fenntartott 4.) nonprofit szervezet által fenntartott

- 1.6. Az Intézmény nyilvántartási száma: *50005618* Típusa: *Állami*
- 1.7. Az Intézmény felelős vezetőjének neve: *Tóth Miklós*
- 1.8. Az ápolást-gondozást irányító neve: *Bencze György*
- 1.9. Az ápolást-gondozást irányító szakmai végzettsége: *Dipl. ápoló*
- 1.10. Kormányhivatali engedélyhez kötött egészségügyi szaktevékenységet az Intézmény:

- 1.) végez 2.) nem végez

- 1.10.1. Ha végez, engedélyezett szaktevékenységek megnevezése, engedély típusa, érvényesség

- Szociális

.....

.....

.....

.....

.....

Juozsef
 Aláírás ellenőrző hatóság részéről

Bencze György
 Aláírás ellenőrzött intézmény részéről



1.11. Telephelyek/részlegek, ellátott feladatok, férőhelyek, és ellátottak száma:

1.11.1. Ellátott feladat típusai (a megfelelő aláhúzendó) Ápolást-gondozást nyújtó intézet,
Látásfogyatékosok otthona, Mozgásfogyatékosok otthona, Értelmi fogyatékosok otthona,
Szenvedélybetegek otthona, Demens betegek otthona, Pszichiátriai betegek otthona,
Rehabilitációs intézet, egyéb.....

1.11.2. Férőhelyek száma: 100.....ellátottak száma: 89.....

Lakószobák száma (emeletenként, ágyszám típusonként):.....

A/1 emelet. 7 db - 3 ágyas 2 db - 4 ágyas
A/2 emelet. 6 db - 4 ágyas 6 db - 3 ágyas

B/1 emelet. 9 db - 1 ágyas
B/2 emelet. 6 db - 1 ágyas 2 db - 2 ágyas
B/3 emelet. 8 db - 1 ágyas 1 db - 3 ágyas

.....
.....
.....

2. Személyi feltételek (lásd segédtablák)

2.1. COVID-19 ellátási és megelőzési protokoll oktatásban részt vett dolgozók száma: 39.....
fő. Ebből ápolást végző: 2.....fő, takarító: 4.....fő, étel készítésben, osztásban részt vevő: 6.....fő
egyéb: 7.....fő *Munkatársak Karbantartó: 2. Mosdó: 2*

2.2. Összes dolgozó száma: 39..... fő. Ebből ápolást végző: 2.....fő, takarító: 4.....fő, étel
készítésben, osztásban részt vevő: 6.....fő egyéb: 7.....fő

2.3. Az intézményben a COVID-19 szociális intézményekre vonatkozó eljárásrendet
megismerte: 39.....fő.

2.3.1. A COVID-19 gyanús és igazolt betegek elkülönítéséhez biztosított-e külön ápoló
személyzet?

1.) igen

2.) nem

2.3.2. Van-e elég dolgozó ahhoz, hogy akár túlmunka elrendeléssel biztosítsák a COVID-19
gyanús vagy igazolt betegek elkülönítéséhez szükséges személyzetet?

1.) igen

2.) nem

2.4. Az intézmény orvosa az intézményi feladatok végzésére szóló szerződéssel rendelkezik-e?

1.) igen

2.) nem

2.4.1. Amennyiben igen, a szerződés tartalmazza-e:

a.) a munkavégzés helyét

1.) igen

2.) nem

b.) a munkavégzés idejét (óra/hét)

1.) igen

2.) nem

c.) helyettesítő orvos nevét

1.) igen

2.) nem

2.4.2. Az intézmény orvosa tartott-e oktatást a dolgozók részére a COVID-19 járvánnyal
kapcsolatban? 1.) igen

2.) nem

2.4.3. Az ellenőrzés időpontjában az orvos a helyszínen tartózkodik-e?

1.) igen

2.) nem

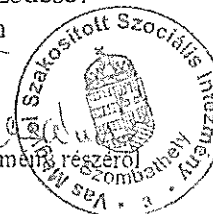
2.5. Van-e az intézménynek más tevékenységet végző orvossal/kal munkaszerződése?

1.) igen

2.) nem

Aláírás ellenőrző hatóság részéről

Aláírás ellenőrzött intézmény részéről



2.5.1. Amennyiben igen a tevékenység/ek megnevezése: (pl.: pszichiátriai ellátás, pszichológus tevékenység)

- a.)
 b.)
 c.)
 d.)

2.6.1. Felsőfokú egészségügyi végzettséggel rendelkező foglalkoztatottak száma: ...1.. fő

2.6.2. Középfokú egészségügyi végzettséggel rendelkező foglalkoztatottak száma: ...3.. fő

2.6.3. Alapfokú egészségügyi végzettséggel rendelkező foglalkoztatottak száma: ...1.. fő

2.6.4. Nem egészségügyi végzettséggel rendelkező foglalkoztatottak száma (pl.: pszichológus, gyógymasször): fő

2.6.5. Képesítés nélkül dolgozók száma: ...7..... fő.

2.7. A dolgozók egészségi állapotának napi ellenőrzése megtörténik-e munkába állás előtt

- 1.) igen 2.) nem

3. Tárgyi feltételek

3.1. Orvosi szoba / vizsgáló rendelkezésre állása:

- 1.) Intézményi szinten megoldott 2.) részlegként megoldott 3.) nincs

3.2. Az elhunyt elkülönítése

- 1.) biztosított
 2.) nem biztosított

3.4. COVID 19 gyanú vagy igazolt beteg izolálása szolgáló szobák száma:db

Ezek közül 1 ágyas:db; 2 ágyas:db; 3 ágyas: ...2...db; 4 vagy több ágyas: ...1...db;

Jelenleg kik fekszenek az elkülönítő szobákban? (szobánként felsorolva, minden esetben meg kell adni, hogy gyanús vagy igazolt COVID-19 betegről van szó)

.....

Kohorsz izolációt helyesen alkalmazzák-e (igazolt és gyanús beteg nem lehet egy szobában):

- 1.) igen 2.) nem

COVID-19-re gyanús betegek egymástól való elkülönítése megoldott-e:

- 1.) igen 2.) nem

3.5. Az intézmény egészségügyi és egyéb textíliával való ellátottsága (1/2000. (I.7.) SzCsM r. 49. § a), b) pontja alapján szükség szerint biztosítandó)

3.5.1. Teljes ágynemű garnitúra ellátottanként 3 váltás biztosítva

- 1.) igen 2.) nem

Aláírás ellenőrző hatóság részéről

Aláírás ellenőrzött intézmény részéről



Eltérés megnevezése, oka:

3.5.2. Tisztálkodást segítő három váltás textilja ellátottanként az intézmény által biztosítva

igen 2.) nem

Eltérés megnevezése, oka:

3.5.3. Rutinszerű ágyneműcsere gyakorisága: hét naponta 4 x/hónap

3.5.4. A COVID-19 gyanús és igazolt betegek szennyes textilja kezelése elkülönítetten történik-e a többitől: igen 2.) nem

3.5.5. Mosás során alkalmazott fertőtlenítés módja:

felhasznált mosószer: Velocidol Clorox Velocidol Clorox

mosási hőmérséklet: 60/90

3.6. Veszélyes hulladék kezelésére/szállítására vonatkozó érvényes szerződéssel rendelkezik-e az intézmény:

igen 2.) nem

Szolgáltató megnevezése: MEGONDA'S

3.6.1. Veszélyes hulladék gyűjtése jogszabályban előírt gyűjtőedényben történik-e?

igen 2.) nem

3.6.1.1. COVID-19 fertőzés gyanús, illetve fertőzött beteg esetében a veszélyes hulladék gyűjtése elkülönítetten történik-e a többi veszélyes hulladéktól?

igen 2.) nem

3.7. Védőfelszerelések rendelkezésre állása:

3.7.1. Sebészeti orr/szájmaszk:

minden dolgozónak jut: igen nem

csak az izolált betegek esetében használja a személyzet: igen nem

3.7.2. Vizsgálókesztyű:

minden dolgozónak jut: igen nem

csak az izolált betegek esetében használja a személyzet: igen nem

3.7.3. Sapka, köpeny, arcpajzs rendelkezésre áll: igen nem

részben: Selkanti kopogó arcpajzs izolált-os szobákban

3.8. a védőfelszerelés helyes fel és levételének módjáról oktatás történt-e: igen nem

3.9. Steril eszközök biztosításának módja:

3.9.1. Érvényes sterilizálási szerződés:

1.) van, szolgáltató megnevezése:

2.) nincs

3.9.2. Saját sterilizátor: 1.) van 2.) nincs

3.9.3. Csak egyszerhasználatos steril eszközöket használnak 1.) igen 2.) nem

3.10. Ápoláshoz/gondozáshoz szükséges felszerelés/eszközök biztosítása

3.10.1. Ápolási eszközök tisztításának, fertőtlenítésének gyakorlata az egységben, külön helyiségben 1.) megoldott 2.) részben megoldott 3.) megoldatlan

Hiányosság oka:

Fertőtlenítő szer neve:

Alkalmazott koncentrációja:

Behatási idő:

Aláírás ellenőrző hatóság részéről

Aláírás ellenőrzött intézmény részéről



3.10.2. Ápoláshoz/gondozáshoz szükséges felszerelés/eszközök COVID-19 fertőzés gyanús/fertőzött ellátott számára külön biztosítása megoldott?

1.) igen 2.) nem

3.11.3. A COVID-19 fertőzés gyanús és fertőzött ellátott ápolási eszközeinek előírás szerinti fertőtlenítése megtörténik-e? 1.) igen 2.) nem

3.12. Higiénés kézfertőtlenítés feltételei biztosítottak/biztosíthatóak a COVID-19 gyanús és fertőzött ellátottak izolációs helyiségek és mellékhelyiségekben*

1.) igen 2.) nem

Ha nem, mi a hiányosság oka: szó

(*Higiénés kézfertőtlenítés feltételei: hideg-meleg vizes, lengőkaros orvosi csaptelep, azonosítható, folyékony szappan faliadagolóban, engedélyezett alkoholos fertőtlenítőszer adagolóban, papírtörölköző adagolóban, fertőtlenítő szerhez biztonsági adatlap. A fentiek együttes biztosítása fogadható el megfelelőnek)

3.12.1. Zsebben hordható alkoholos kézfertőtlenítőszer biztosított a dolgozók számára

1.) igen 2.) nem

3.12.2. Higiénés kézfertőtlenítés feltételei biztosítottak az alábbi helyiségekben:

- 1.) orvosi szoba 2.) vizsgáló/kezelőhelyiség 3.) nővérszoba
 4.) lakószobák 30%-a 5.) betegszobák 100%-a 6.) étkező helyiség
 7.) fürdőszobák 100%-a 8.) toalett 100%-a 9.) elkülönítésre való szobák:

.....

3.13. A fertőtlenítő takarítás feltételei mindenhol biztosítottak-e?

1.) igen 2.) nem

3.13.1. Az izolációs helyiségekben külön takarítóeszközök biztosítottak-e?

1.) igen 2.) nem

3.14. A fertőtlenítő mosogatás feltételei biztosítottak-e az intézményben?

1.) igen 2.) nem

Ha nem, mi a hiányosság oka:

4. Az ápolást közvetlenül befolyásoló egyéb tevékenység:

4.1. Rutinszerű intézményi orvosi vizit gyakorisága az ágyhoz kötött, ápolásra szoruló ellátottaknál: alkalom/hét

4.2. Az ápolást/gondozást végző dolgozók valamelyike részt vesz-e a viziten? felelős telephely vezető

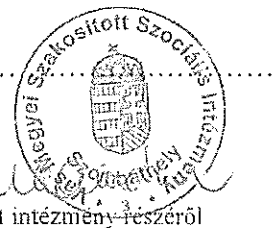
- 1.) Igen, és pedig: telephely vezető, orvosi szobák, kórház (beosztás, munkakör megnevezése)
 2.) nem

4.2.1. Hogyan dokumentálják az orvosi viziten elrendeltek? (több válasz is lehetséges)

- 1) ápolási dokumentáció 2) gondozási terv/dokumentáció
 3) orvosi dokumentáció 4) egyéni gyógyszerelő lap
 5) sorszámozott eseménynapló 6) egyéb:

[Signature]
 Aláírás ellenőrző hatóság részéről

[Signature]
 Aláírás ellenőrzött intézmény részéről



4.3. Sürgősségi ellátás biztosításának módja: ⁷ Sürgősségi feladatok + feladatok elvégzése; ügyelet, ORVOS

5. Ápolási/gondozási folyamat

5.1. A vizsgálat időpontjában a teljes ápolást/gondozást igénylő ellátottak száma: 67 fő

5.2. A vizsgálat időpontjában a részleges ápolást/gondozást igénylő ellátottak száma: 17 fő

5.3. A vizsgálat időpontjában COVID-19 fertőzékenység gyanús ellátottak száma: 0 fő

5.4. A vizsgálat időpontjában COVID-19 valószínűsített ellátottak száma: 0 fő

5.5. A vizsgálat időpontjában COVID-19 megerősített fertőzött ellátottak száma: 0 fő

5.6. Végeznek-e az intézményben a 20/1996 (VII. 26.) NM rendelet 1. sz. mellékletében foglalt szakápolási tevékenységeket:

- 1.) igen, erre vonatkozó egészségügyi működési engedély birtokában
- 2.) igen, erre megfelelő szakképesítéssel rendelkező szakdolgozókkal, egészségügyi működési engedély nélkül
- 3.) nem végeznek.

5.6.1. Amennyiben nem végeznek szakápolási feladatokat, hogyan történik a szakápolást igénylő betegek ellátása:

- 1) otthoni szakápolási szolgálat végzi:
 - a) szerződés alapján 1 szolgáltató
 - b) eseti elrendelés szerint, akár több szolgáltató
- 2) körzeti ápoló végzi
- 3) házi orvos/intézményi orvos végzi
- 4) egészségügyi szakellátás (járó-, vagy fekvőbeteg) végzi
- 5) egyéb:

5.7. A COVID-19 fertőzés gyanús/fertőzött ellátott testi higiéniájának biztosítása elkülönítetten történik-e a többi betegtől? (Több válasz is adható)

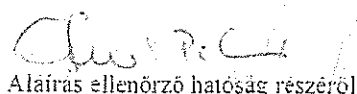
- 1.) igen, személyenként külön mosdótálban
- 2.) igen, előírás szerint fertőtlenített, de személyenként nem elkülönített mosdótálban
- 3.) igen, elkülönített fürdőszobában
- 4.) igen, elkülönített hajmosó felszereléssel
- 5.) nem
- 6.) egyéb:

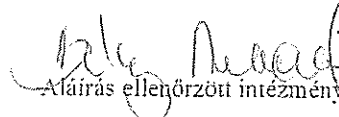
5.8. A COVID-19 fertőzés gyanús/fertőzött ellátott szennyes ágyneműjének gyűjtése elkülönítetten történik-e a többi betegtől, ellátottól? 1.) igen 2.) nem

5.9. COVID-19 fertőzés gyanús/fertőzött ellátott szükség eseti mobilizálási tevékenységét ki végzi?

- 1.) gyógytornász 2.) szakápoló 3.) szociális gondozó/ápoló 4.) egyéb:

5.10. A telefonon, szóban adott orvosi utasítás dokumentálása az ápoló/gondozó részéről.


Aláírás ellenőrző hatóság részéről


Aláírás ellenőrzött intézmény részéről



1) megtörténik 2) nem történik meg

5.10.1. Az orvos által telefonon-szóben történő utasítást az orvos dokumentálja-e (dátum aláírás/pecsét)? (Több válasz is adható)

- 1.) igen, közvetlenül az utasítást követően a beteg/orvosi dokumentációban
- 2.) igen, az ápolási dokumentációban
- 3.) igen, munkája függvényében később
- 4.) igen, egyéb dokumentációban

5.11. A hozzátartozó tájékoztatása az ellátott egészségi állapotában beállt lényeges változásról:

1.) dokumentáltan megtörténik 2) nem dokumentált a tájékoztatás 3.) nem tájékoztatják

6. A szakfelügyelet során az ellenőrző hatóság részéről tapasztalt tények, észrevételek, javaslatok rövid leírása:

Ápolásmunkai ellenőrzés során a COVID-19 ellátás szempontjából.

Iszolási az egységben apartmanokban megoldható.

A többi lakó izolációban 3 kóla lett kijelölve amekben a kóla izoláció is megoldott.

Jelenlegi ellátáshoz feltételek: -> egyéni védőeszköz, uccsok, megfelelő COVID-19 ellátásra tudás a felkészítés -> felkészítés igény leadva, kéresekre megfelelő lépéseket kell az intézmény vezetők.

Az ellenőrzésen a felelős vezető, vagy meghatalmazottja jelen van-e:


Igen Nem

A nyilatkozattételre jogosult élni kíván-e nyilatkozattételi jogával:

Igen Nem

[Handwritten signature]
 Aláírás ellenőrző hatóság részéről

[Handwritten signature]
 Aláírás ellenőrzött intézmény részéről



7. Az ellenőrzött szolgáltató felelős vezetőjének, vagy nyilatkozattételre meghatalmazott képviselőjének nyilatkozata a megállapított tények, hiányosságok, javaslatok vonatkozásában:

(Amennyiben nyilatkozattételi jogával a felelős vezető élni kíván, a jegyzőkönyvben megállapított hiányosságok megszüntetésére vonatkozóan határidőt, illetve felelős személyt jelölhet meg)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Az ellenőrzés során, az ellenőrzött szolgáltató részéről jelenlévő személy észrevételei az ellenőrzés megállapításai vonatkozásában (megbízott személy):

.....
.....
.....
.....
.....

Az ellenőrzött, ill. képviseletében jelen levő személy a jegyzőkönyvben foglaltakat megismerte, megértette és azok valódiságát aláírásával, elismeri.

Kmf.

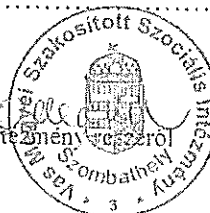
A jegyzőkönyv számított oldalt tartalmaz. Készült: eredeti példányban.

Melléklet(ek) tételes felsorolása:

.....
.....
.....

[Handwritten signature]
Aláírás ellenőrző hatóság részéről

[Handwritten signature]
Aláírás ellenőrzött intézmény részéről



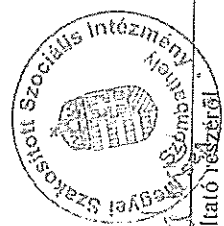
2 számú melléklet a ügyiratszámú jegyzőkönyvhöz
 VIA/VEF/0h25-1/2020

TÁRGY: SZEMÉLYI FELTÉTELEINEK ELLENŐRZÉSÉHEZ SEGÉDTÁBLA

ORVOSI

S.Sz.	Név	Szakképesítés*	Működési NYT szám	Foglalk. jogviszony **	Heti munkaidő (óra)	Cég megnevezése, amelyen belül a közreműködést végzi
	Sóth Erőss	Belgyógyász Főorv. OVI. Főorv. OVI.	36610	2.	6	

*Amely alapján a munkakört ellátja. Amennyiben az ellenőrzött szaktevékenységre nézve egy személynek több szakképesítése van, és egymél többre nézve rendelkezik MNYT számmal, azl egyenként új sorban kell megjeleníteni.
 **Amely alapján a munkakört ellátja. Amennyiben az ellenőrzött szaktevékenységre nézve egy személynek több szakképesítése van, és egymél többre nézve rendelkezik MNYT számmal, azl egyenként új sorban kell megjeleníteni. ** (1)közalkalmazott, (2) szabadszfoglalkozás, megbízási szerződés, (3) közreműködő egyéni vállalkozóként, egyéni cég tagjaként, (4) közreműködő társas vállalkozás tagjaként, (5) közreműködő egyéni vállalkozás vagy társas vállalkozás alkalmazottjaként, (6) önkéntes segítő, (7) egyházi személyként, (8) szolgálati jogviszonyban, (9) munkaviszonyban, (10) közszolgálati jogviszonyban, (11) egyéni egészségügyi vállalkozóként, (12) társas vállalkozás tagjaként



[Handwritten signature]
 Aláírás ellenőrzött szolgáltató részéről

[Handwritten signature]
 Aláírás ellenőrző hatóság részéről

5. számú melléklet a ügyiratszámú jegyzőkönyvhöz
 VA/NET/0129-1/2020.

TÁRGY: DOLGOZÓI SZEMÉLYI FELTÉTELEK ELLENŐRZÉSÉHEZ SEGÉDTÁBLA (Intézményi munkakörök és dolgozói létszám)

Főrehelyek száma alapján 1/2000. (1.7.) SzCsM r.-nek

Munkakör 1/2000. (1.7.) SzCsM r. szerint	Szakképzettség megnevezése	Létszám (fő) (havi 174 órás, teljes munkaidőre vetítve)	Megfelel (1)	Nem felel meg szakképesítés (2)	Nem felel meg létszám (3)
a) Intézményvezető					
b) Orvos	Szoc. munkaügyi	05			
c) Intézményvezető ápoló	Állás. helyes	01			
d) Részlegvezető ápoló	Állás. ap	1			
e) Ápoló/gondozó	OKI ap	3			
	Állás. átk. ap	1			
	Szoc. gond. ap	17			
f) Mozgásterapeuta (ajánlott)					
Szociális/mentálhigiénés munkatárs	Szoc. munkaügyi + pedagógus	1			
Foglalkoztatás szervező	Szociális munka	2			
Egyéb	Karbantartás. b	2			



Komlósi Zoltán, 6

Aláírási és Ellenőrzési Szolgálat vezetője

Ungvári Zoltán, 4
 Társasági ügykezelő

jkv. személyi feltételek

Aláírási és Ellenőrzési Szolgálat vezetője
 [Signature]

