

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NHK.127.2016.SS

Bydgoszcz, 25.11.2016 r.
 (miejscowość i data)

przeprowadzonej przez *Sebastiana Siudę, st. asystenta, PIS.012.2.41.2016, Sekcja Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi*

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika(-ów) upoważnionego(-ych) przez *Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy,*
 (nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1412), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 23 ze zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Punkt Obsługi Podróżnych

ul. Dworcowa 2A, 86-050 Solec Kujawski

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Gmina Solec Kujawski

ul. 23 Stycznia 7, 86-050 Solec Kujawski

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina Solec Kujawski

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

ul. 23 Stycznia 7, 86-050 Solec Kujawski

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 5542892492/092350702

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Krystyna Mikulska – Dyrektor Wydziału Inwestycji i Planowania Przestrzennego

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Barbara Przybylska – Kierownik Biura Zamówień Publicznych i Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* *nie dotyczy*

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: *25.11.2016 r. godz. 10.00*

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* *nie dotyczy*

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *kontrolowanego podmiotu nie obejmuje ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584 ze zm.)*

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 25.11.2016 r. 12.00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli: *sprawdzenie stanu sanitarnego*
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* *nie dotyczy*
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów* *nie dotyczy*
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* *nie dotyczy*
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów: *nie dotyczy*
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli: *nie dotyczy*
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* *nie dotyczy*
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr *nie dotyczy*

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

Postępowanie nie toczy się.

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

Obiekt posiada wydaną decyzję Kujawsko-Pomorskiego Wojewódzkiego Inspektora Nadzoru Budowlanego w Bydgoszczy z dnia 25.05.2016 r. znak WINB-WIK.771.1.13.2016.ZO pozwalającą użytkować budynek.

Skontrolowano: poczekalnie z wydzieloną kasą biletową, toalety ogólnodostępne (męską, damską, dla niepełnosprawnych), pomieszczenie gospodarcze. Toaleta i poczekalnie sprzątane są 2 razy dziennie. Dostęp do pomieszczeń toalety możliwy jest po uruchomieniu automatu wrzutowego.

Dezynfekcja prowadzona na bieżąco – Mikrozid AF Jumbo (chusteczki dezynfekujące), MERIDA DESINFECTIN COMPLEX.

Apteczka I pomocy zapewniona.

Sprawdzono na obiekcie przestrzeganie ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 298 ze zm.). W obiekcie znajdują się stosowne oznaczenia w formie graficznej i słownej.

Czystość bieżąca w trakcie kontroli zachowana.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*

a) *nie dotyczy*

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski* *nie dotyczy*

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

4. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy**
2. ~~Wniesiono~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit. nie nałożono/~~nałożono~~** grzywnę w drodze mandatu karnego na

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości..... słownie.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego nr PIS.012.1.36.2016 (Sebastian Siuda) z dnia 31.03.2016r. wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu *nie dotyczy*

(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach.

9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/~~nie zapoznano się~~ **

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

GMINA SOLEC KUJAWSKI

ul. 23 Stycznia 7

86-050 Solec Kujawski

NIP 554-289-24-92

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNIK

Biura Zamówień Publicznych

i Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych

mgr Barbara Przybylska

Starszy Asystent

mgr Sebastian Siuda

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 25.11.2016 r.

GMINA SOLEC KUJAWSKI

ul. 23 Stycznia 7

86-050 Solec Kujawski

NIP 554-289-24-92

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

KIEROWNIK

Biura Zamówień Publicznych

i Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych

mgr Barbara Przybylska

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

(nazwa/nr)

POUCZENIE: W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego..

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

