

**POWIATOWA STACJA  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA  
W PYRZYCACH**

74-200 PYRZYCE, ul. Młodych Techników 5A

tel/fax 91 570 34 28, tel. 91 570 34 29  
Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej  
NIP 853-13-91-262, REGON 811934195

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK- 124/ 17**

Bielice, dnia 22-05-2017 r.  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Izabelę Deja-Wojtasik – Kierownik Oddziału Nadzoru ( nr upoważnienia do czynności kontrolnych 05 z dnia 02.01.2017 r.) Ewę Olejniczak – starszy asystent ( nr upoważnienia do czynności kontrolnych 06 z dnia 02.01.2017 r.)

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

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Pyrzycach

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

**1. Podmiot kontrolowany**

Gmina Bielice  
ul. Niepokalanej 34  
74-202 Bielice

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

**2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu**

**Przystanek autobusowy w Bielicach**

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

**3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań**

Gmina Bielice

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

ul. Niepokalanej 34  
74-202 Bielice

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

**4. NIP 8531457386 / REGON 811685349 / PKD – nie dotyczy**

**5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**

Zdzisław Lech Twardowski- Wójt Gminy Bielice

(imię i nazwisko/stanowisko)

**6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\***

Nie dotyczy

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

**7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\***

Beata Gajlun - inspektor

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

WYKAZ  
 WYKAZ  
 WYKAZ  
 WYKAZ  
 WYKAZ

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 22-05-2017 r. godz. 13:00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: obiekt kontrolowany nie podlega ustawie o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 r.( t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1829 z późn. zm.) – jednostka samorządu terytorialnego
4. Data i godzina zakończenia kontroli 22-05-2017 r. godz. 13:30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* : nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli:

Kontrola w zakresie przestrzegania przepisów dotyczących utrzymania należytego stanu sanitarnego obiektów użyteczności publicznej, nieruchomości; przestrzeganie przepisów dotyczących warunków ustawy z dnia 09 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 298 z późn. zm.).

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

Przystanek autobusowy w Bielicach należy do Gminy Bielice.

Obecnie nie jest prowadzone postępowanie administracyjne oraz egzekucyjne w stosunku do kontrolowanego obiektu.

Wójt Gminy Bielice wyznaczył ustnie p. Beatę Gajlun do uczestnictwa w kontroli.

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

Podczas kontroli stwierdzono:

- teren wokół przystanku oraz zatoka postojowa utwardzona;
- przystanek PKS w dobrym stanie technicznym oraz sanitarno-porządkowym;
- wiata przystankowa murowana z przeszkleniem;

- przystanek wyposażony w kosz na odpady komunalne; w dniu kontroli kosz nieprzepełniony, w dobrym stanie sanitarno-porządkowym;
- według oświadczenia osoby uczestniczącej w kontroli - wywozem odpadów komunalnych zajmuje się firma „REMONDIS” Szczecin Sp. z o.o. w Szczecinie;
- za czystość i porządek wokół przystanku PKS odpowiedzialni są pracownicy Urzędu Gminy w Bielicach;

Dokonano kontroli przestrzegania przepisów ustawy z dnia 09 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych ( t. j. Dz. U. z 2015 r. poz 298 z późn. zm.) na przystanku autobusowym. W widocznym miejscu znajduje się oznakowania słowno-graficzne o zakazie palenia. Ponadto poinstruowano o zmianach w ww. ustawie, która oprócz wyrobów tytoniowych zabrania także palenia nowatorskich wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych. W związku z powyższym zarządzający winien umieścić oznaczenie słowno-graficzne o zakazie palenia papierosów elektronicznych.

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

Nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

Nie dotyczy

#### IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy\*\*

2. ~~Wnieiono/nie wnieiono~~\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

Z up. Wójtka

mgr inż. Beata Gajlun  
INSPEKTOR

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 ----- z dnia ----- wydane przez

Nie dotyczy

-----  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone 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

Nie dotyczy

KIEROWNIK ODZIAŁU NADZORU  
Powiatowej Stacji  
Sanitarno-Epidemiologicznej  
w Pyrzycach

*mgr Izabela Deja-Wojtasik*  
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Z up. Wójta  
*mgr inż. Beata Gajlun*  
INSPEKTOR

STARSZY ASYSTENT  
Powiatowej Stacji  
Sanitarno-Epidemiologicznej w Pyrzycach  
*mgr Ewa Olejniczak*

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 25.05.2017

Z up. Wójta

*mgr inż. Beata Gajlun*  
INSPEKTOR

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~wykorzystano~~ formularze kontroli\*\*

nie dotyczy  
(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