

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HP-92/17

Białogard, dnia 11 października 2017 r.

(miejsce i data)

przeprowadzonej przez

Monikę Leszczyk – Stanowisko Pracy ds. Higieny Pracy, Młodszy Asystent ds. Higieny Pracy Nr upoważnienia 41/17, Monikę Mazur- Stanowisko Pracy ds. Higieny Komunalnej Nr upoważnienia 36/17, Upoważnienie Nr 706/17

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Białogardzie

*(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)*

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 pkt 2 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1261) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1257).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany  
„Zakład Komunikacji Miejskiej” Sp. z o.o. z siedzibą w Białogardzie  
Tel.: 723-221-763, mail: zkmb@wp.pl  
*(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)*
2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu  
„Zakład Komunikacji Miejskiej” Sp. z o.o. z siedzibą w Białogardzie  
Tel.: 723-221-763, mail: zkmb@wp.pl  
Rodzaj prowadzonej działalności: Transport drogowy towarów.  
*(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)*
3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań  
„Zakład Komunikacji Miejskiej” Sp. z o.o. z siedzibą w Białogardzie  
*(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski w przypadku spółki cywilnej wymieni wszystkich wspólników))*  
ul. Ustronie Miejskie 1, 78-200 Białogard  
Tel.: 723-221-763, mail: zkmb@wp.pl  
*(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))*
4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 6721517771 / 331292621 / PKD 49.31.Z
5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:  
Pan Andrzej Adamczewski – Prezes Zarządu  
*(imię i nazwisko/stanowisko)*
6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*  
Pani Edyta Angrot, upoważniony telefonicznie w dniu kontroli przez Prezesa Zarządu – Pana Andrzeja Adamczewskiego  
*(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)*
7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*  
Wioleta Fotek – specjalista ds. kadrowo-płacowych.  
*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 11.10.2017 r., godz. 10:40
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* 28.09.2017 r.
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 11.10.2017 r., godz. 13:30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*  
Nie dotyczy.
6. Zakres przedmiotowy kontroli

Nadzór nad warunkami higieny pracy w zakładach pracy; kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, a w szczególności dotyczące utrzymania należytego stanu higienicznego zakładu pracy; warunki zdrowotne środowiska pracy, a zwłaszcza zapobieganie powstawaniu chorób zawodowych i innych chorób związanych z warunkami pracy; przestrzeganie przez producentów, importerów, osoby wprowadzające do obrotu, stosujące lub

eksportujące substancje chemiczne, ich mieszaniny lub wyroby obowiązków wynikających z ustawy z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach (t.j. Dz. U. 2015 r., poz. 1203 z późn. zm.) oraz z rozporządzeń wymienionych w tej ustawie; przestrzeganie obowiązków wynikających z ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 957).

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

Orzeczenia lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, zaświadczenia o szkoleniach BHP, instrukcje BHP, oceny ryzyka zawodowego, rejestr zachorowań na choroby zawodowe i podejrzeń o takie choroby, rejestr wypadków przy pracy, rejestr wypadków w drodze do pracy i z pracy, wykaz czynników biologicznych występujących w zakładzie pracy, rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwego czynnika biologicznego, rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4 zagrożenia, wykaz substancji i mieszanin chemicznych, karty charakterystyk, karta ewidencyjna wyposażenia (odzieży roboczej i ochronnej oraz obuwia).

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

Nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr: F/HP/02, F/HP/03, F/HP/09.

### III. WYNIKI KONTROLI

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

Kontrolę przeprowadzono w siedzibie spółki w Białogardzie przy ul. Ustronie Miejskie 1.

Zakład posiada wpis do Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 000001188229

W stosunku do obiektu nie toczy się aktualnie postępowanie administracyjno-egzekucyjne.

Brak ustaleń pokontrolnych innych inspekcji.

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

Zatrudnienie: 20 osób, w tym 5 kobiet.

- Prezes – 1 osoba,
- Główna Księgowa – 1 kobieta,
- Kadrowa – 1 kobieta,
- Kasjerka - 1 kobieta,
- Dyspozytor – 1 kobieta,
- Kierowca autobusu – 10 osób, w tym 1 kobieta,
- Pracownik gospodarczy - 1 osoba,
- Elektromechanik - 1 osoba,
- Mechanik pojazdów samochodowych - 2 osoby,
- Zaopatrzeniowiec - 1 osoba.

Zakład składa się z budynku:

Parter:

- 3 pomieszczenia biurowe,
- pomieszczenie socjalne dla kierowców, w tym szatnia, jadalnia z zapleczem kuchennym,
- pomieszczenie higieniczno - sanitarne z ustępem,
- pomieszczenie dla mechaników i elektromechanika wraz z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym z ustępem i natryskiem.

I piętro:

- 6 pomieszczeń biurowych,
- pomieszczenie socjalne,
- pomieszczenie higieniczno-sanitarne z ustępem.

W skład zakładu wchodzi:

- garaże,
- warsztat,
- plac.

Przedstawiono do wglądu zaświadczenia o szkoleniu BHP pracowników zatrudnionych na ww. stanowiskach pracy oraz orzeczenia lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy na określonych stanowiskach.

Pracodawca ocenił i udokumentował ocenę ryzyka zawodowego ww. stanowiskach pracy, w której określił: rodzaj zagrożenia, źródło zagrożenia/przyczyna, możliwe skutki zagrożenia, możliwe skutki, ekspozycja, prawdopodobieństwo zdarzenia, ryzyko, działania zapobiegawcze, środki ochrony przed zagrożeniami/działania profilaktyczne.

Na stanowiskach pracy: pracownik gospodarczy, pracownik administracyjno – biurowy, kierowca autobusu, elektromechanik uwzględniono narażenie na szkodliwe czynniki biologiczne, zaklasyfikowane do 2 i 3 grupy zagrożenia.

Zakład zapewnia odzież, jak również środki ochrony indywidualnej oraz środki higieny osobistej, których rodzaj i ilość jest dostosowany do rodzaju pracy.

Pracodawca zapewnia pracownikom butelkowaną wodę do picia przez cały rok.

Zakład wypłaca pracownikom ekwiwalent za pranie odzieży roboczej.

Zgodnie z rejestrem wypadków przy pracy w zakładzie nie miały miejsce wypadki przy pracy.

W zakładzie stosowane są substancje i mieszaniny chemiczne, do wszystkich dostępne są karty charakterystyki, z którymi zgodnie z przedstawionymi do wglądu oświadczeniami zostali zapoznani pracownicy.

Podczas kontroli stwierdzono, iż przedmiotowe substancje chemiczne stosowane są zgodnie z zaleceniami zawartymi w kartach charakterystyki.

Pomieszczenia pracy, z których korzystają pracownicy, utrzymane są w czystości i porządku, właściwie do charakterystyki wykonywanej pracy.

Pomieszczenia higieniczno - sanitarne oraz znajdujące się w nich urządzenia utrzymane są w stanie zapewniającym bezpieczne i higieniczne korzystanie z nich.

Na terenie placówki przestrzegane są zapisy ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 957), tj. przestrzegany jest zakaz palenia tytoniu, w widocznym miejscu umieszczono odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych na terenie zakładu.

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. ~~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)*.....nie dot.....
- (podstawa prawna)*.....nie dot.....
5. Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego nr.....-..... z dnia .....
- ..... wydane przez .....
- (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 – .....
- (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 -

Edyta Amorok

*(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)*

Fedelek Wisłeta

MŁODSZY ASYSTENT  
PSSE w BIAŁOGARDZIE

Monika Jeszwałt

*(czytelny podpis kontrolującego (-ych))*

mgr Monika Łęszczyk

MŁODSZY ASYSTENT  
PSSE w BIAŁOGARDZIE

Monika Mazur

Monika Mazur

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu: 11.10.2017 r.

ZAKŁAD KOMUNIKACJI MIEJSKIEJ

Spółka z o.o. w Białogardzie

ul. Ustronie Miejskie 1

78-200 BIAŁOGARD

tel. (094) 312 0370, 2059, fax 312 0371

NIP 672-15-17-771 REGON 331292621

Edyta Amorok

*(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)*

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli\*\* F/HP/02 „Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach pracy”, F/HP/03 „Ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki”, F/HP/09 „Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin” w formie elektronicznej, do wglądu w Powiatowej Stacji Sanitarnej – Epidemiologicznej w Białogardzie przy ulicy Przechodniej 2.

**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