Ankieta BHP

Oferenta nieposiadającego certyfikowanego Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy

1. W odniesieniu do wskazanych w „Ankiecie” zagadnień prosimy o podanie informacji i załączenie wypełnionej ankiety do oświadczenia dotyczącego wdrożenia certyfikowanego Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy.
2. Dane zawarte w niniejszej ankiecie zostaną wykorzystane w procesie analizy ofert składanych w ramach akcji ofertowej na wykonywanie prac na terenie ORLEN S.A.
3. Ocenie poddane zostaną wyłącznie ankiety, w których oferenci umieszczą wszystkie wymagane informacje.
4. Niespełnienie wymagań lub brak informacji w odniesieniu do wszystkich punktów wyklucza firmę z przetargu.
5. **Nazwa przetargu**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Wykaz prac proponowanych do realizacji na terenie ORLEN S.A.**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Dane podstawowe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Liczba** | **Uwagi** |
| 1. | Całkowity stan zatrudnienia w firmie (na koniec ubiegłego miesiąca). |  |  |
| 2. | Liczba pracowników przewidzianych do realizacji zadania na rzecz ORLEN S.A. |  |  |
| 3. | Liczba pracowników przewidzianych do realizacji zadania na rzecz ORLEN S.A. posiadających ukończony kurs udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej |  |  |

1. **Dane BHP**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Zagadnienie | **Tak** | **Nie** | **Nie dot.** | **Dane/uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Badania lekarskie profilaktyczne** | | | | | |
| 1. | Czy pracowników poddano wymaganym wstępnym badaniom lekarskim profilaktycznym? |  |  |  |  |
| 2. | Czy pracowników poddano wymaganym okresowym badaniom lekarskim profilaktycznym? |  |  |  |  |
| 3. | Czy pracownicy przewidziani do prac na terenie ORLEN S.A. posiadają aktualne ważne zaświadczenia z badań lekarskich profilaktycznych (badania wstępne, badania okresowe)? |  |  |  |  |
| 4. | Czy pracownicy przewidziani do prac na terenie ORLEN S.A. posiadają ważne orzeczenia lekarskie dopuszczające ich do wykonywania prac na wysokości? |  |  |  |  |
| **Wypadki przy pracy, zdarzenia bezurazowe i choroby zawodowe** | | | | | |
| 5. | Czy w Państwa firmie wydarzyły się wypadki przy pracy w okresie ostatnich 3 lat? |  |  |  | *Jeśli tak to proszę o wypełnienie poniższej tablicy nr 1.2)* |
| 6. | Czy w Państwa firmie prowadzony jest rejestr zdarzeń bezurazowych? |  |  |  | *Jeśli tak to proszę o podanie liczby tych zdarzeń zarejestrowanych w ubiegłym roku.* |
| 7. | Czy stwierdzono przypadki chorób zawodowych w Państwa firmie w ciągu ostatnich 5 lat? |  |  |  | *Jeśli tak to proszę o podanie ilości chorób zawodowych w poszczególnych latach.* |
| **Ryzyko zawodowe** | | | | | |
| 8. | Czy dla wszystkich stanowisk pracy w Państwa firmie dokonano oceny ryzyka zawodowego? |  |  |  |  |
| 9. | Czy pracownicy zostali poinformowani o ryzyku zawodowym związanym z wykonywaną pracą oraz zasadami ochrony przed zagrożeniami? |  |  |  |  |
| 10. | Czy ocenę ryzyka zawodowego wykonano z wykorzystaniem określonej metody/narzędzi? |  |  |  | *Jeśli tak to proszę o podanie zastosowanej metody/narzędzia* |
| 11. | Czy zostanie wykonana udokumentowana ocena ryzyka zawodowego w odniesieniu do prac wykonywanych na terenie ORLEN S.A.? |  |  |  | *Jeśli tak to proszę o wskazanie zastosowanej metody/narzędzia do oceny ryzyka zawodowego.* |
| **Dodatkowe kwalifikacje** | | | | | |
| 12. | Czy pracownicy przewidziani do wykonywania prac na terenie ORLEN S.A. posiadają wymagane dodatkowe uprawnienia kwalifikacyjne? |  |  |  | *Jeśli tak to proszę o wskazanie rodzajów uprawnień.* |
| **Szkolenia BHP** | | | | | |
| 13. | Czy pracowników poddano szkoleniom wstępnym bhp ? |  |  |  |  |
| 14. | Czy pracowników poddano szkoleniom okresowym bhp? |  |  |  |  |
| 15. | Czy przedsiębiorca/pracodawca odbył szkolenie bhp dla pracodawców ? |  |  |  |  |
| 16. | Czy przedsiębiorca/pracodawca odbył szkolenie niezbędne do wykonywania zadań służby bezpieczeństwa i higieny pracy ? |  |  |  |  |
| 17. | Czy pracownicy przewidziani do wykonywania prac na terenie ORLEN S.A. posiadają aktualne szkolenia bhp ?  - wstępne  - stanowiskowe  - okresowe (pracownicy fizyczni),  - okresowe (osoby kierujące pracownikami) |  |  |  |  |
| **Dyscyplina bhp** | | | | | |
| 18. | Czy w firmie prowadzone są przeglądy stanu BHP w miejscach wykonywania robót? |  |  |  | *Jeśli tak, to proszę o podanie, kto i ile takich przeglądów dokonał w ciągu ubiegłego i obecnego roku.* |
| 19. | Czy w Państwa firmie wyciągacie konsekwencje niestosowania przepisów bhp, ppoż. |  |  |  |  |
| **Środki ochrony indywidualnej** | | | | | |
| 20. | Czy Państwa firma deklaruje wyposażenie wszystkich pracowników przewidzianych do pracy na terenie ORLEN S.A. w odpowiednią ilość odzieży i obuwia ochronnego, w tym posiadającego właściwości antyelektrostatyczne i trudnopalnych, kaski, rękawice i okulary ochronne, ochronniki słuchu, przyłbice ochronne, maski przeciwpyłowe, sprzęt zabezpieczający przed upadkiem z wysokości, itd.? |  |  |  |  |
| 21. | Czy Państwa firma deklaruje wyposażenie stanowisk pracy we własny, sprawny technicznie, dopuszczony do eksploatacji, podręczny sprzęt gaśniczy? (gaśnice, agregaty gaśnicze, koce gaśnicze)? |  |  |  |  |
| **Maszyny i urządzenia techniczne** | | | | | |
| 22. | Czy Państwa firma deklaruje, że posiada i wykorzysta do prac na terenie ORLEN S.A. wyłącznie narzędzia i sprzęt w pełni sprawny technicznie z odpowiednimi dopuszczeniami technicznymi, atestami, świadectwami i certyfikatami ? |  |  |  |  |
| 23. | Czy w Państwa firmie znajduje się sprzęt podlegający pod przepisy Dozoru Technicznego, a przewidziany do realizacji zadań na terenie ORLEN S.A. (dźwigi, wózki widłowe, podnośniki, butle z gazami technicznymi, itd.)? |  |  |  |  |
| 24. | Czy wszystkie urządzenia podlegające pod UDT posiadają wymaganą dokumentację i decyzje dopuszczające do eksploatacji? |  |  |  |  |
| **Nadzór i kontrola stanu bhp** | | | | | |
| 25. | Czy w Państwa firmie funkcjonuje służba bhp (przy zatrudnieniu powyżej 100 pracowników)? |  |  |  |  |
| 26. | Czy zapewniono wykonywanie zadań służby bhp zgodnie z wymaganiami (przy zatrudnieniu do 100 pracowników) |  |  |  |  |
| 27. | Czy w odniesieniu do prac wykonywanych na terenie ORLEN S.A. obowiązki służby bhp będzie pełnia osoba/firma zewnętrzna/ pracodawca |  |  |  |  |
| **Prace na terenie**  **ORLEN S.A.** | | | | | |
| 28. | Czy Państwa firma wykonywała wcześniej prace na terenie ORLEN S.A.? |  |  |  | *Jeśli tak, to proszę wskazanie jakiego rodzaju to były prace.* |
| 29. | Czy Państwa firma deklaruje, że będzie wykonywała prace na terenie ORLEN S.A. zgodnie z obowiązującymi wymaganiami  i procedurami? |  |  |  |  |
| **Decyzje organów nadzoru nad warunkami pracy** | | | | | |
| 30. | Czy są prowadzone sprawy sądowe przeciwko Państwa firmie w związku z wypadkami przy pracy ? |  |  |  | *Jeśli tak, to proszę o podanie ich ilości w ciągu ostatnich pięciu lat* |
| 31. | Czy są prowadzone postępowania powypadkowe w Państwa firmie przy współudziale Państwowej Inspekcji Pracy oraz Prokuratury ? |  |  |  | *Jeśli tak, to proszę o podanie ich ilości w ciągu poprzedniego i obecnego roku.* |
| 32. | Czy zostały skierowane do Państwa firmy decyzje organów nadzorów nad warunkami pracy w okresie ostatnich pięciu lat ? |  |  |  | *Jeśli tak, to proszę o wypełnienie poniższej tablicy nr 2.* |

**Tablica nr 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rok** | **Liczba wypadków** | | | Wskaźnik częstości wypadków |
| **Śmiertelne** | **Ciężkie** | **Lekkie** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Proszę o obliczenie wskaźnika częstości wypadków zgodnie z poniższym wzorem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wskaźnik częstości wypadków | = | całkowita liczba wypadków | x 1 000 000 |
| całkowita liczba roboczogodzin przepracowanych w ciągu roku |

##### **Tablica nr 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok | Wydane decyzje | | | |
| PIP | PSP | WIOŚ | PIS |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

##### **V. Dane osoby wypełniającej ankietę BHP (prosimy o wypełnienie):**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma | ......................................................................................................................………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Adres firmy | ......................................................................................................................………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Imię i nazwisko | ................................................................................................. |
| Telefon | ......................................…………………………………………. |
| Fax | ......................................…………………………………………. |
| e-mail | ........................…………………………………………………..... |

…………………………………………………

Podpis przedsiębiorcy/oferenta oraz pieczątka