Załącznik nr 4 do umowy nr ………….

**Wykaz pracowników Wykonawcy wykonujących czynności**

**w budynku Inspektoratu ZUS w Koninie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko** | **Nazwa firmy** | **Termin ważności szkolenia bhp** | **Termin ważności badania lekarskiego** | **Zapoznanie się z zagrożeniami i oceną ryzyka** | **Dodatkowe wymagane uprawnienia** | **Uwagi** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |  |

*Niniejszym oświadczamy, że w/w pracownicy posiadają niezbędne uprawnienia do wykonywanych przez siebie czynności, posiadają ubrania i obuwie ochronne są wyposażeni w odpowiednie środki ochrony indywidualnej w zależności od wykonywanych czynności oraz przedstawiono zagrożenia na obiekcie.*

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………. | …………………………………. |
| *Imię i nazwisko oraz podpis nadzorującego umowę po stronie Zakładu Ubezpieczeń Zakładu* | *Imię i nazwisko oraz podpis przedstawiciela Wykonawcy* |