

### Kwestionariusz kwalifikacji wstępnej Podwykonawcy

Prosimy o wypełnienie niniejszego kwestionariusza. Informacje zawarte w tym dokumencie będą miały wpływ na ocenę Państwa Firmy. Wszelkie dane będą przetwarzane z zachowaniem zasady poufności.

W przypadku konieczności dodania komentarza, prosimy o jego zamieszczenie na końcu kwestionariusza.

01.	Nazwa firmy			
02.	Adres i kod pocztowy			
03.	Podstawowa działalność gospodarcza/usługowa firmy			
04.	Numer REGON			
05.	Liczba pracowników			
06.	Czy posiadają Państwo ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej? (Jeżeli tak, proszę przedstawić kopię polisy)	<i>Tak</i>	<i>Nie</i>	
07.	Proszę podać statystyki dotyczące bezpieczeństwa odnoszące się do Państwa firmy za ostatnie trzy lata:	<i>Wskazać lata</i>		
a)	Liczba wypadków			
b)	Liczba wypadków ciężkich i/lub zbiorowych			
08.	Czy kiedykolwiek w Państwa Firmie miał miejsce wypadek ciężki i/lub zbiorowy lub kiedy miało miejsce ostatnie poważne roszczenie ubezpieczeniowe w związku z pracą na terenie klienta? (Proszę opisać szczegóły.)			
09.	Czy kiedykolwiek w Państwa Firmie miał miejsce wypadek śmiertelny? (Jeżeli tak proszę podać szczegóły)			
10.	Czy Państwa firma ma doradcę/komórkę ds. bezpieczeństwa? (Jeżeli tak, proszę podać imię i nazwisko, tytuł doradcy oraz dane kontaktowe – nr telefonu lub adres e-mail)	<i>Tak</i>	<i>Nie</i>	
11.	Czy Państwa firma sformułowała politykę BHP w oficjalnym dokumencie? (Jeżeli tak, należy przedłożyć jego egzemplarz wraz z niniejszym kwestionariuszem.)	<i>Tak</i>	<i>Nie</i>	

12.	Czy Państwa firma wyznaczyła osobę odpowiedzialną w miejscu pracy za WSZYSTKIE kwestie dotyczące BHP i Ochrony Środowiska w związku z konkretną umową/konkretnym terenem wykonywania zadań? (Jeżeli tak, proszę podać imię i nazwisko, tytuł doradcy oraz dane kontaktowe. Proszę również poinformować w formie pisemnej, jakie ukończyła szkolenia w zakresie bezpieczeństwa.)	Tak	Nie

13.	Czy Państwa firma zapewnia środki ochrony osobistej?	Tak	Nie

14.	Czy pracownicy są badani przez lekarza przed rozpoczęciem zatrudnienia?	Tak	Nie

15.	Jeżeli od pracowników Państwa firmy będzie się wymagać obsługi środków transportu bliskiego, pracy w przestrzeniach zamkniętych, prac na wysokości powinni posiadać stosowne zaświadczenie od lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania tych prac. (Zaświadczenia do okazania przed rozpoczęciem prac na terenie organizacji)	Tak	Nie

16.	Czy Państwa firma posiada zasady bezpieczeństwa w formie dokumentu? Jeżeli tak, czy obejmują one następujące elementy?	Tak	Nie

a)	<b>W zakresie polityki:</b>	Tak	Nie
	01) Polityka firmy		
	02) Nadużywanie substancji uzależniających (alkohol, narkotyki)		
	03) Egzekwowanie zasad/programów		

b)	<b>W zakresie procedur BHP:</b>	Tak	Nie
	01) Ochrona przed upadkiem		
	02) Rusztowanie/podnośnik		
	03) Zabezpieczenie otworów w podłodze, ścianach i dachu		
	04) Bezpieczeństwo środków transportu		
	05) Utrzymywanie porządku		
	06) Ochrona przeciwpożarowa		
	07) Procedura pomocy medycznej w przypadku urazu, wyposażenie związane z pierwszą pomocą		
	08) Procedury w razie wypadku, działania ratownicze, ewakuacja		
	09) Komunikowanie o zagrożeniach / karty charakterystyki		
	10) Substancje toksyczne		
	11) Wykopywanie rowów, wykopy		
	12) Oznakowanie, barykady		
	13) Bezpieczeństwo elektryczne		
	14) Bezpieczeństwo przy montażu konstrukcji oraz obsłudze dźwigów		
	15) Wejście do przestrzeni zamkniętych		
	16) Pozwolenia na spawanie/przypalanie		
	17) Usuwanie materiałów niebezpiecznych (azbest, ołów itp.)		
	18) Odcinanie źródeł energii podczas remontów i prac konserwacyjnych (LOTO - Lockout/Tagout)		

c)	<b>Środki ochrony osobistej</b>	Tak	Nie
	01) Ochrona głowy		
	02) Ochrona oczu		
	03) Ochrona słuchu		
	04) Ochrona stóp		
	05) Ochrona dróg oddechowych		
	06) Specjalna odzież ochronna		

17.	Czy wszyscy pracownicy są szkoleni w zakresie powyższego zbioru zasad?	Tak	Nie

18.	Czy pracownicy Państwa firmy posiadają aktualne zaświadczenia z przeprowadzonych im szkoleń w zakresie BHP (wstępne ogólne, okresowe) (Zaświadczenia do okazania przed rozpoczęciem prac na terenie organizacji)	
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

19.	Czy Państwa firma jest gotowa wziąć udział w szkoleniu w zakresie BHP i Ochrony Środowiska w zakładzie?	Tak	Nie

20.	Który z poniższych podpunktów najlepiej opisuje sposób, w jaki w Państwa firmie traktuje się pracowników lub kierowników naruszających zasady BHP i Ochrony Środowiska? (Proszę zaznaczyć właściwą kratkę.)
-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

a)	Nie ma formalnej procedury.	
----	-----------------------------	--

b)	Stopniowe dyscyplinowanie - ostrzeżenie słowne - ostrzeżenie na piśmie - zwolnienie.	
----	--------------------------------------------------------------------------------------	--

c)	System progresywny z natychmiastowym zwolnieniem w przypadku naruszeń powodujących powstanie wysokiego ryzyka.	
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

d)	Inne metody (Proszę opisać, jakie):	
----	-------------------------------------	--

--

21.	Czy opracowano rozwiązania umożliwiające przeprowadzanie kontroli/audytów w zakresie BHP i Ochrony Środowiska na miejscu pracy w organizacji? Jeżeli tak:	Tak	Nie

a)	Kto dokonuje tych kontroli?	
----	-----------------------------	--

b)	Jak często Państwa firma podejmuje tego rodzaju działania?	
----	------------------------------------------------------------	--

22.	W jaki sposób dbają Państwo o to, aby wszystkie urządzenia, całe wyposażenie, cały sprzęt podnoszący były kontrolowane, znajdowały się w dobrym stanie i były bezpieczne? (Proszę podać szczegóły.)
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

23.	Czy pracownicy Państwa firmy posiadają stosowne uprawnienia do wykonywania wszelkich prac zleconych na terenie organizacji (obsługa urządzeń transportu bliskiego, obsługa suwnic, obsługa podnośników, uprawnienia elektryczne, spawanie etc.?) (Zaświadczenia do okazania przed rozpoczęciem prac na terenie organizacji)	Tak	Nie

24.	Czy Państwa firma już pracowała dla tego zakładu organizacji? Jeżeli tak:	Tak	Nie

a)	Proszę podać datę ostatniego pobytu w zakładzie:	
----	--------------------------------------------------	--

25.	Czy Państwa firma pracowała w innym zakładzie organizacji? Jeżeli tak:	Tak	Nie

a)	Proszę podać nazwę zakładu organizacji, imię i nazwisko Przedstawiciela organizacji oraz datę ostatniego pobytu w zakładzie:	
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

26.	Czy Państwa firma otrzymała egzemplarz zasad i warunków obowiązujących w zakładzie organizacji?	Tak	Nie

27.	Proszę potwierdzić, że przeczytali Państwo te instrukcje, zrozumieli je i przekazali je swoim pracownikom, którzy zadeklarowali, że będą się do nich stosować.	Tak	Nie

a)	Jeżeli nie, proszę podać powody:	
----	----------------------------------	--

28.	Proszę przedstawić informacje o innych procedurach zarządzania bezpieczeństwem, innej polityce i innych doświadczeniach w zakresie zarządzania bezpieczeństwem, które wspomagają Państwa program bezpieczeństwa, na przykład o przeprowadzonych ocenach ryzyka, opisach metod pracy, planach bezpiecznej pracy itp.	
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Czy ta dokumentacja została załączona do oferty? (Dokumentacja w postaci Oceny Ryzyka oraz dokumentacji pracowników do okazania przed rozpoczęciem prac na terenie organizacji)	Tak	Nie

Dodatkowe komentarze do kwestionariusza:

--	--	--

*Data*

*Osoba wypełniająca*

*Podpis*

--	--	--

*Tytuł*

*Numer telefonu*

*Numer faksu*

--	--

*Adres e-mail*

*Adres strony internetowej*