



KWESTIONARIUSZ BHP OCENY WYKONAWCY

Nazwa projektu:					
Nazwa Firmy:					
Adres:					
Telefon:		Fax			
Zakres robót:					
Niniejszą ankietę wypełnił:	Imię i Nazwisko		Data		Podpis

WARUNKI KONIECZNE

1.	Czy maszyny i urządzenia stosowane przez wykonawcę posiadają wymagane certyfikaty bezpieczeństwa?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2.	Czy stosowane przez wykonawcę maszyny, urządzenia lub narzędzia mechaniczne posiadają aktualne pomiary: elektryczne, czynników szkodliwych lub uciążliwych np. hałasu, wibracji?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3.	Czy stosowane przez wykonawcę maszyny, urządzenia lub narzędzia posiadają instrukcje BHP i czy pracownicy zostali z nimi zapoznani?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4.	Czy wszyscy pracownicy wykonawcy posiadają aktualne zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do zatrudnienia przy robotach, które wykonują?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
5.	Czy wszyscy pracownicy wykonawcy są zatrudnieni legalnie?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
6.	Czy wszyscy pracownicy wykonawcy zostali wyposażeni w odpowiednią odzież roboczą, obuwie, sprzęt ochrony osobistej adekwatny do potrzeb i czy zostali zapoznani z zasadami stosowania sprzętu ochrony osobistej?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
7.	Czy wykonawca wdrożył procedurę wymaganą przy prowadzeniu robót szczególnie niebezpiecznych, jeśli je prowadzi?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
8.	Czy w ofercie zostały uwzględnione koszty BHP?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
9.	Czy Państwo będziecie zatrudniać innych podwykonawców do realizacji prac objętych umową? Proszę podać jakich?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

INFORMACJE DODATKOWE:

10.	Czy Państwa firma posiada system zarządzania zgodny z PN-EN 18001?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Data ważności certyfikatu:		
11.	Czy Państwa firma zatrudnia pracownika służby BHP?		
	Imię i Nazwisko	Telefon	
12.	Czy osoba nadzorująca prace posiada odpowiednie do zakresu robót uprawnienia budowlane?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Imię i Nazwisko	Telefon	
	Stanowisko	Nr uprawnień	
13.	Czy osoby nadzorujące prace: kierownik robót, majster, brygadzysta posiadają aktualne szkolenia BHP dla osób kierujących pracownikami?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

14.	Czy pracownicy wykonawcy mają wymagane kwalifikacje do wykonywania prac objętych umową?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
15.	Czy powyższe jest potwierdzone na piśmie w trybie obowiązujących przepisów: certyfikaty, uprawnienia, szkolenia specjalistyczne?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
16.	Czy posiadają Państwo procedurę szkoleń w zakresie BHP?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
17.	W jakim odstępie czasu prowadzone są szkolenia okresowe BHP pracowników fizycznych ?	<input type="checkbox"/> Rok	<input type="checkbox"/> 2 lata <input type="checkbox"/> 3 lata
18.	Czy posiadają Państwo procedurę oceny ryzyka zawodowego?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
19.	Proszę podać ilość wypadków śmiertelnych przy pracy z ostatnich 3 lat.	201..	201... 202..
20.	Proszę podać ilość wypadków ciężkich przy pracy z ostatnich 3 lat	201..	201... 202..
21.	Proszę podać ilość wypadków lekkich przy pracy z ostatnich 3 lat	201..	201... 202..
22.	Czy analizujecie Państwo zdarzenia potencjalnie wypadkowe?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

UWAGI:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Jeżeli wykonawca nie spełnia warunków koniecznych zawartych w "Kwestionariuszu BHP" nie może być dopuszczony do realizacji robót!!

.....
(podpis Wykonawcy)