



<b>KWESTIONARIUSZ BHP OCENY WYKONAWCY</b>					
Nazwa projektu:					
Nazwa Firmy:					
Adres:					
Telefon:		Fax			
Zakres robót:					
Niniejszą ankietę wypełnił/a:	Imię i nazwisko		Data		Podpis

Oświadczam, że:

1. stosowane przez nas maszyny i urządzenia posiadają wymagane certyfikaty bezpieczeństwa,
2. stosowane przez nas maszyny, urządzenia i narzędzia mechaniczne posiadają aktualne pomiary: elektryczne, czynników szkodliwych lub uciążliwych np. hałasu, wibracji,
3. stosowane przez nas maszyny, urządzenia i narzędzia posiadają instrukcje BHP i pracownicy zostali z nimi zapoznani,
4. wszyscy nasi pracownicy posiadają aktualne zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do zatrudnienia przy robotach, które wykonują,
5. wszyscy nasi pracownicy są zatrudnieni legalnie,
6. wszyscy nasi pracownicy zostali wyposażeni w odpowiednią odzież roboczą, obuwie, sprzęt ochrony osobistej adekwatny do potrzeb i zostali zapoznani z zasadami stosowania sprzętu ochrony osobistej,
7. w przypadku prowadzenia przez nas robót szczególnie niebezpiecznych zostaje wdrożona wymagana procedura,
8. przedstawiona przez nas oferta uwzględnia koszty BHP,
9. do realizacji prac objętych umową będziemy/nie będziemy\* zatrudniać innych podwykonawców (jeśli tak, to proszę podać jakich: .....  
.....)
10. osoby nadzorujące prace: kierownik robót, majster, brygadzysta posiadają aktualne szkolenia BHP dla osób kierujących pracownikami,
11. nasi pracownicy mają wymagane kwalifikacje do wykonywania prac objętych umową.

INFORMACJE DODATKOWE:				
1.	Czy Państwa firma posiada system zarządzania zgodny z PN-EN 18001?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Data ważności certyfikatu:				
2.	Czy Państwa firma zatrudnia pracownika służby BHP?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Imię i nazwisko	Telefon		
3.	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		
4.	Czy powyższe jest potwierdzone na piśmie w trybie obowiązujących przepisów: certyfikaty , uprawnienia, szkolenia specjalistyczne?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
5.	Czy posiadają Państwo procedurę szkoleń w zakresie BHP?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
6..	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
7.	Czy posiadają Państwo procedurę oceny ryzyka zawodowego?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
8.	Proszę podać ilość wypadków śmiertelnych przy pracy z ostatnich 3 lat.	202 ...	202 ...	202 ...
9.	Proszę podać ilość wypadków ciężkich przy pracy z ostatnich 3 lat.	202 ...	202 ...	202 ...
10.	Proszę podać ilość wypadków lekkich przy pracy z ostatnich 3 lat.	202 ...	202 ...	202 ...
11.	Czy analizujecie Państwo zdarzenia potencjalnie wypadkowe?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

**UWAGI:**

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

\* Zaznaczyć właściwe