

## 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.

#### I. Nazwa przetargu

.....

.....

#### II. Wykaz prac proponowanych do realizacji na terenie ORLEN S.A.

.....

.....

#### III. 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 |        |       |

#### IV. Dane BHP

| Lp.                              | Zagadnienie  | Tak | Nie | Nie dot. | Dane/uwagi |
|----------------------------------|--|-----|-----|----------|------------|
| 1                                | 2  | 3   | 4   | 5        | 6          |
| Badania lekarskie profilaktyczne |  |     |     |          |            |
| 1.                               | Czy pracowników poddano wymagany wstępnym badaniom lekarskim profilaktycznym?  |     |     |          |            |
| 2.                               | Czy pracowników poddano wymagany okresowym badaniom lekarskim profilaktycznym?   |     |     |          |            |
| 3.                               | Czy pracownicy przewidziani do prac na terenie ORLEN S.A. posiadają aktualne ważne orzeczenie 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. <sup>2)</sup>                                |
| 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.  |
| 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 ?<br>- wstępne<br>- stanowiskowe<br>- okresowe (pracownicy fizyczni),<br>- 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   |  |  |  |  |

Załącznik nr 5 do Regulaminu – Ankieta BHP Oferenta nieposiadającego certyfikowanego Systemu  
Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy

|  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|---|
|  | technicznie, dopuszczony do eksploatacji, podręczny sprzęt gaśniczy? (gaśnice, agregaty gaśnicze, koce gaśnicze)?  |  |  |  |   |
| <b>Maszyzny i urządzenia techniczne</b>            |  |  |  |  |   |
| 22.  | Czy Państwa firma deklaruje, że posiada i wykorzystywała 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?  |  |  |  |   |
| <b>Nadzór i kontrola stanu bhp</b>                 |  |  |  |  |   |
| 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  |  |  |  |   |
| <b>Prace na terenie ORLEN S.A.</b>                 |  |  |  |  |   |
| 28.  | Czy Państwa firma wykonywała wcześniej prace na terenie ORLEN S.A.?  |  |  |  | Jeśli tak, to proszę wskazać 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?  |  |  |  |   |
| <b>Decyzje organów nadzoru nad warunkami pracy</b> |  |  |  |  |   |
| 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<br>częstości<br>wypadków |
|-----|-----------------|---------|--------|-----------------------------------|
|     | Śmiertelne      | Ciężkie | Lekkie |                                   |
|     |                 |         |        |                                   |
|     |                 |         |        |                                   |
|     |                 |         |        |                                   |

- 1) Proszę o obliczenie wskaźnika częstości wypadków zgodnie z poniższym wzorem

$$\text{Wskaźnik częstości wypadków} = \frac{\text{całkowita liczba wypadków}}{\text{całkowita liczba roboczogodzin przepracowanych w ciągu roku}} \times 1\,000\,000$$

**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 pieczęć