

**DEKLARACJA ZAKRESU BHP FIRMY PRZYSTĘPUJĄCEJ
DO ROBÓT NA TERENIE ORLEN S. A.**

UWAGA: Prosimy o wypełnienie poniższych rubryk zgodnie ze stanem faktycznym panującym w Państwa firmie. Dane mogą zostać zweryfikowane przez pracowników służb BHP ORLEN S. A. oraz ORLEN Eko Sp. z o.o.

I. Informacje podstawowe

I.A Nazwa
firmy

I.B Adres firmy

I.C Całkowity stan zatrudnienia w
Państwa firmie (na koniec ubiegłego
miesiąca)

I.D Liczba pracowników przewidzianych do
realizacji zadania na rzecz ORLEN S.A.

I.E Osoby do kontaktu w związku z
realizacją zadania

1. Imię, nazwisko i funkcja
tel.:

, e-mail:

2. Imię, nazwisko i funkcja
tel.:

, e-mail:

I.F. Informacje kontaktowe specjalisty ds.
BHP lub kierownika działu BHP lub dane
firmy zewnętrznej sprawującej nadzór
BHP podczas zadania na rzecz ORLEN
S.A.

1. Imię, nazwisko i funkcja
tel.:

, e-mail:

I.G Nazwa przetargu

I.H. Główne prace jakie będą wykonywane przez Państwa firmę na terenie ORLEN S.A.:

1.

2.

3.

4.

5.

6.
7.

I.I. Czy Państwa firma wykonywała wcześniej prace na terenie?

II. Dokumentacja BHP i szkolenia pracowników

II.A. Czy Państwa firma posiada System Zarządzania Bezpieczeństwem?

II.B. Czy System Zarządzania Bezpieczeństwem posiada certyfikat?

II.C. Ogólna liczba wewnętrznych pisemnych procedur/instrukcji BHP

II.C. Czy pracownicy posiadają aktualne szkolenia BHP?

wstępne	
stanowiskowe	
okresowe (pracownicy fizyczni)	
okresowe (osoby kierujące pracownikami)	

II.D. Ilość pracowników przewidzianych do realizacji zadania w ORLEN S.A. posiadających ukończony kurs udzielania I pomocy przedmedycznej

II.E. Czy dla wszystkich stanowisk pracy w Państwa firmie opracowano Ocenę Ryzyka Zawodowego (ORZ)?

II.F. Czy w firmie prowadzone są przeglądy stanu BHP w miejscach wykonywania robót?

II.G. Czy firma prowadzi rejestr raportów pokontrolnych?

III. Statystyka wypadków

III.A. Prosimy o wypełnienie poniższej tabeli uwzględniając okres ostatnich 3 lat

Rok	Liczba wypadków			Wskaźnik częstości wypadków
	Śmiertelne	Ciężkie	Lekkie	

* wskaźnik obliczany zgodnie z poniższym wzorem:

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

III.B. Czy Państwa firma prowadzi rejestr zdarzeń bez urazowych?

III.B.1. Liczba zdarzeń bez urazowych zarejestrowanych w ubiegłym roku

III.C. Czy Państwa firma prowadzi rejestr zdarzeń potencjalnie wypadkowych?

III.C.1. Liczba zdarzeń potencjalnie wypadkowych zarejestrowanych w ubiegłym roku

IV. Badania okresowe

IV.A. Czy pracownicy posiadają aktualne badania lekarskie?

wstępne
okresowe
specjalistyczne

IV.C. Ile przypadków chorób zawodowych odnotowano w Państwa firmie w ciągu ostatnich 5 lat?

V. Decyzje administracyjne

V.A. Prosimy o wypełnienie poniższej tabeli dotyczącej decyzji administracyjnych, skierowanych do Państwa firmy, z uwzględnieniem okresu ostatnich 5 lat

Rok	Wydane decyzje			
	PIP	PSP	WIOŚ	Sanepid

V.B. Ilość spraw sądowych przeciwko Państwa firmie w związku z wypadkami przy pracy

V.C. Ilość postępowań powypadkowych w Państwa firmie prowadzonych przy współudziale PIP i Prokuratury

V.D. Ilość sprzętu podlegającego pod przepisy Dozoru Technicznego a przewidzianego do realizacji zadania na terenie ORLEN S.A. (dźwigi, wózki widłowe, podnośniki, butle z gazami technicznymi, itd.)

V.E. Czy wszystkie urządzenia podlegające pod UDT posiadają wymaganą dokumentację i decyzje dopuszczające do eksploatacji?

VI. Ochrony osobiste i sprzęt ochronny

VI.A. 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, kaski, rękawice i okulary ochronne, ochronniki słuchu, przyłbice ochronne, maski przeciwpyłowe, sprzęt uciezkowy, sprzęt zabezpieczający przed upadkiem z wysokości, itd.?

VI.B. Czy Państwa firma deklaruje okazanie wymaganych atestów /certyfikatów oraz protokołów z przeglądów i konserwacji dla maszyn, urządzeń i sprzętów ochronnych?

VI.C. Czy Państwa firma deklaruje wyposażenie stanowisk pracy we własny, sprawny technicznie, dopuszczony do eksploatacji, podręczny sprzęt gaśniczy? (gaśnice, agregaty gaśnicze, koce gaśnicze)

.....
Osoba odpowiedzialna za wypełnienie "Deklaracji z zakresu BHP"

Imię i nazwisko:

.....

Stanowisko:

.....

Nr telefonu:

.....

E-mail:

.....

Data i miejsce wypełnienia:

.....

.....
pieczęć firmowa