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

Wybór Generalnego Wykonawcy dla realizacji przebudowy i rozbudowy stacji paliw SP 774 Świdnik

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 wymaganym wstępnym badaniom lekarskim profilaktycznym?				
2.	Czy pracowników poddano wymaganym okresowym badaniom lekarskim profilaktycznym?				
3.	Czy pracownicy przewidziani do prac na terenie ORLEN S.A. posiadają aktualne ważne zaświadczenia 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.[2)]*
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.*
Szkolenia BHP					
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? - wstępne - stanowiskowe - okresowe (pracownicy fizyczni), - 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 technicznie, dopuszczony do eksploatacji, podręczny sprzęt gaśniczy? (gaśnice, agregaty gaśnicze, koce gaśnicze)?				
Maszyny i urządzenia techniczne					
22.	Czy Państwa firma deklaruje, że posiada i wykorzysta 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?				
Nadzór i kontrola stanu bhp					
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				
Prace na terenie ORLEN S.A.					
28.	Czy Państwa firma wykonywała wcześniej prace na terenie ORLEN S.A.?				*Jeśli tak, to proszę wskazanie 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?				
Decyzje organów nadzoru nad warunkami pracy					
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 częstości wypadków
	Śmiertelne	**Ciężkie**	**Lekkie**	

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

Wskaźnik częstości wypadków = $\frac{\text{całkowita liczba wypadków}}{}$ x 1 000 000

całkowita liczba roboczogodzin
przepracowanych w ciągu roku

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 pieczątka