

# Ankieta BHP

## Oferenta nie posiadającego 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 PKN ORLEN S.A.
3. Ocenie poddane zostaną wyłącznie ankiety, w których oferenci umieszczają wszystkie wymagane informacje.
4. Nie spełnienie wymagań lub brak informacji w odniesieniu do zagadnień kategorii **B** i **C** niniejszej ankiety wyklucza firmę z przetargu.

### I. Nazwa przetargu

.....

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

.....

### III. Dane podstawowe

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba	Kategoria ważności <sup>1)</sup>	Uwagi
1.	Całkowity stan zatrudnienia w firmie (na koniec ubiegłego miesiąca).		A	
2.	Liczba pracowników przewidzianych do realizacji zadania na rzecz PKN ORLEN S.A.		B	
3.	Liczba pracowników przewidzianych do realizacji zadania na rzecz PKN ORLEN S.A. posiadających ukończony kurs udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej		A	

### IV. Dane bhp

Lp.	Zagadnienie	Tak	Nie	Nie dot.	Dane/uwagi	Kategoria ważności <sup>1)</sup>
1	2	3	4	5	6	7
<b>Badania lekarskie profilaktyczne</b>						
1.	Czy pracowników poddano wymaganym wstępnym badaniom lekarskim profilaktycznym?					A
2.	Czy pracowników poddano wymaganym okresowym badaniom lekarskim profilaktycznym?					A
3.	Czy pracownicy przewidziani do prac na terenie PKN ORLEN S.A. posiadają aktualne ważne zaświadczenia z badań lekarskich profilaktycznych (badania wstępne, badania okresowe)?					C
4.	Czy pracownicy przewidziani do prac na terenie PKN ORLEN S.A. posiadają ważne orzeczenia lekarskie dopuszczające ich do wykonywania prac na wysokości?					C
<b>Wypadki przy pracy, zdarzenia bezurazowe i choroby zawodowe</b>						
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>	C
6.	Czy w Państwa firmie prowadzony jest rejestr zdarzeń bezurazowych?				Jeśli tak to proszę o podanie liczby tych	A

					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.	<b>B</b>
<b>Ryzyko zawodowe</b>						
8.	Czy dla wszystkich stanowisk pracy w Państwa firmie dokonano oceny ryzyka zawodowego?					<b>B</b>
9.	Czy pracownicy zostali poinformowani o ryzyku zawodowym związanym z wykonywaną pracą oraz zasadami ochrony przed zagrożeniami ?					<b>B</b>
10.	Czy ocenę ryzyka zawodowego wykonano z wykorzystaniem określonej metody/narzędzi?				Jeśli tak to proszę o podanie zastosowanej metody/narzędzia	<b>B</b>
11.	Czy zostanie wykonana udokumentowana ocena ryzyka zawodowego w odniesieniu do prac wykonywanych na terenie PKN ORLEN S.A.?				Jeśli tak to proszę o wskazanie zastosowanej metody/narzędzia do oceny ryzyka zawodowego.	<b>C</b>
<b>Dodatkowe kwalifikacje</b>						
12.	Czy pracownicy przewidziani do wykonywania prac na terenie PKN ORLEN S.A. posiadają wymagane dodatkowe uprawnienia kwalifikacyjne ?				Jeśli tak to proszę o wskazanie rodzajów uprawnień.	<b>C</b>
<b>Szkolenia bhp</b>						
13.	Czy pracowników poddano szkoleniom wstępnym bhp ?					<b>A</b>
14.	Czy pracowników poddano szkoleniom okresowym bhp?					<b>B</b>
15.	Czy przedsiębiorca/pracodawca odbył szkolenie bhp dla pracodawców ?					<b>B</b>
16.	Czy przedsiębiorca/pracodawca odbył szkolenie niezbędne do wykonywania zadań służby bezpieczeństwa i higieny pracy ?					<b>B</b>
17.	Czy pracownicy przewidziani do wykonywania prac na terenie PKN ORLEN S.A. posiadają aktualne szkolenia bhp ? - wstępne - stanowiskowe - okresowe (pracownicy fizyczni), - okresowe (osoby kierujące pracownikami)					<b>C</b>
<b>Dyscyplina bhp</b>						
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.	<b>C</b>
19.	Czy w Państwa firmie wyciągacie konsekwencje nie stosowania przepisów bhp, p.poż.					<b>C</b>
<b>Środki ochrony indywidualnej</b>						
20.	Czy Państwa firma deklaruje wyposażenie wszystkich pracowników przewidzianych do pracy na terenie PKN ORLEN SA w odpowiednią ilość odzieży i obuwia ochronnego, w tym posiadającego właściwości					<b>C</b>

	antyelektrostatyczne, 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)?					<b>C</b>
<b>Maszyny i urządzenia techniczne</b>						
22.	Czy Państwa firma deklaruje, że posiada i wykorzysta do prac na terenie PKN ORLEN S.A. wyłącznie narzędzia i sprzęt w pełni sprawny technicznie z odpowiednimi dopuszczzeniami technicznymi, atestami, świadectwami i certyfikatami ?					<b>C</b>
23.	Czy w Państwa firmie znajduje się sprzęt podlegający pod przepisy Dozoru Technicznego a przewidziany do realizacji zadań na terenie PKN ORLEN SA (dźwigi, wózki widłowe, podnośniki, butle z gazami technicznymi, itd.)?					<b>C</b>
24.	Czy wszystkie urządzenia podlegające pod UDT posiadają wymaganą dokumentację i decyzje dopuszczające do eksploatacji?					<b>C</b>
<b>Nadzór i kontrola stanu bhp</b>						
25.	Czy w Państwa firmie funkcjonuje służba bhp (przy zatrudnieniu powyżej 100 pracowników)?					<b>B</b>
26.	Czy zapewniono wykonywanie zadań służby bhp zgodnie z wymaganiami (przy zatrudnieniu do 100 pracowników)					<b>B</b>
27.	Czy w odniesieniu do prac wykonywanych na terenie PKN ORLEN S.A. obowiązki służby bhp będzie pełnia osoba/firma zewnętrzna/pracodawca					<b>C</b>
<b>Prace na terenie PKN ORLEN S.A.</b>						
28.	Czy Państwa firma wykonywała wcześniej prace na terenie PKN ORLEN S.A.?				Jeśli tak, to proszę wskazać jakiemu rodzajowi to były prace.	<b>C</b>
29.	Czy Państwa firma deklaruje, że będzie wykonywała prace na terenie PKN ORLEN S.A. zgodnie z obowiązującymi wymaganiami i procedurami?					<b>C</b>
<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	<b>C</b>
31.	Czy są prowadzone postępowania powypadkowe w Państwa firmie przy współdziałaniu Państwowej Inspekcji Pracy oraz Prokuratury ?				Jeśli tak, to proszę o podanie ich ilości w ciągu poprzedniego i obecnego roku.	<b>C</b>
32.	Czy zostały skierowane do Państwa firmy decyzje organów nadzoru nad warunkami pracy w okresie ostatnich pięciu lat ?				Jeśli tak, to proszę o wypełnienie poniższej tablicy nr 2.	<b>C</b>

Uwaga:

- 1) Kategorie ważności zagadnienia: **A** – mała, **B** – średnia, **C** – duża.

**Tablica nr 1**

Rok	Liczba wypadków			Wskaźnik częstości wypadków
	Śmiertelne	Ciężkie	Lekkie	

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

$$\text{Wskaźnik częstości wypadków} = \frac{\text{całkowita liczba wypadków}}{\text{całkowita liczba roboczogodzin przepracowanych w ciągu roku}} \times 200\,000$$

**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 .....

#### VI. Deklaracja Przedsiębiorcy nie posiadającego certyfikowanego Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy wykonującego prace na terenie PKN ORLEN S.A.:

- 1) Zobowiązuję się do przedstawienia certyfikatu Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy do dnia .....
- 2) Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich uregulowań wynikających z zarządzenia PKN ORLEN S.A. nr 5/RB/2016

Firma .....  
Adres firmy .....  
Imię i nazwisko .....  
Telefon .....  
Fax .....  
e-mail .....

Jednostka certyfikująca prowadząca proces certyfikacji systemu zarządzania bhp:.....  
.....

.....  
Podpis przedsiębiorcy/oferenta oraz pieczęć