Załącznik do SIWZ

**WZÓR**

**Z – 7** **Kwestionariusz bezpieczeństwa i higieny pracy dla Wykonawców**

……………………………………. ………………….……….…

Nazwa firmy – Wykonawcy miejscowość i data

Liczba osób zatrudnionych ogółem: ……………….; w tym: osób na umowę o pracę:…….….; umowy cywilno – prawne;….…....; osób samozatrudniających się:…………………..

*Kwestionariusz obowiązana jest wypełnić każda Firma, która otrzymała zaproszenie do udziału w procesie zakupu prac i/lub usług. Na podstawie danych kwestionariusza zostanie przeprowadzona ocena stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w firmie, która będzie miała wpływ na wybór firmy do realizacji prac i/lub usług.*

***Prosimy o udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania.***

| **Lp.** | **PYTANIE** | **ODPOWIEDŹ** | **UWAGI** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **TAK** | **NIE** |  |
| 1. | Czy firma ma wdrożony system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy? |  |  | *(jeśli tak, proszę załączyć kopię certyfikatu)* |
| 2. | Czy firma ma opracowane i wdrożone zasady szkoleń z zakresu bezpieczeństwem i higieną pracy? |  |  | (*podać czasookresy szkoleń dla grup pracowników)* |
| 3. | Czy firma ma opracowane i wdrożone zasady rejestrowania i analizowania zdarzeń potencjalnie wypadkowych?  |  |  |  |
| 4. | Czy firma ma opracowane i wdrożone zasady postępowania w razie zaistnienia wypadku lub nagłego zachorowania przy pracy? |  |  |  |
| 5. | Czy firma ma opracowane instrukcje lub inne dokumenty określające zasady bezpiecznego wykonywania planowanych prac i/lub usług? |  |  | *((****jeśli tak,*** *proszę na odwrocie załączyć wykaz dokumentów)*  |
| 6. | Czy firma ma opracowane i wdrożone zasady kontroli wewnętrznej stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w tym kontroli podwykonawców? |  |  | *(jeśli tak, proszę wymienić kto taką kontrolę wykonuje i jaki dokument to reguluje)* |
| 7. | Czy firma ma opracowane i wdrożone zasady doboru i oceny podwykonawców pod względem spełnienia wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy? |  |  | *(jeśli tak, proszę wymienić kto taką ocenę wykonuje i jaki dokument to reguluje)* |
| 8. | Czy firma przeprowadziła ocenę ryzyka zawodowego związanego z realizowanym zakresem prac ? |  |  | *(podać metodę, załączyć informację o ryzyku)* |
| 9. | Czy w firmie? |
|  | 1. utworzono służbę bhp?
 |  |  |  |
| 1. powierzono wykonywanie zdań służby bhp specjalistom z poza zakładu?
 |  |  | *(osoby prawne; osoby fizyczne*  |
| 1. powierzono wykonywanie zdań służby bhp pracownikom zatrudnionym przy innej pracy?
 |  |  |  |
| 1. pracodawca sam wykonuje zadania służby bhp?
 |  |  |  |
| 10. | Czy w firmie opracowano i wdrożono zasady przydziału odzieży i obuwia roboczego oraz środków ochrony indywidualnej dla pracowników?  |  |  |  |
| 11. | Czy w firmie opracowano i wdrożono zasady oceny i kontroli użytkowanych przez pracowników środków ochrony indywidualnej i sprzętu ochronnego? |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 12. | Czy w firmie opracowano i wdrożono zasady ewidencji, wydawania i badania narzędzi zmechanizowanych (z napędem elektrycznym lub pneumatycznym)? |  |  |  |
| 13. | Czy do realizacji umowy firma będzie zatrudniała podwykonawców?**\*** |  |  | *(jeżeli tak, podać nazwę firmy, zakres prac)* |
| 14. | Czy do realizacji umowy firma będzie obcokrajowców? |  |  | ***jeśli tak,*** *proszę podać nazwę kraju oraz załączyć wykaz dokumentów zezwalających na pracę)* |
| 15. | Planowana liczba osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji planowanych do wykonywania prac i/lub usług? |
|  | 1. zatrudnienie własne
 |  |  |
| 1. podwykonawcy
 |  |  |
| 1. obcokrajowcy
 |  |  |
| 16. | Planowany sposób zabezpieczenia pomieszczeń higieniczno – sanitarnych, (szatnie, umywalnie, ustępy, jadalnie, pomieszczenia do odpoczynku) dla osób skierowanych przez firmę – Wykonawcę do realizacji planowanych do wykonywania prac i/lub usług? |
| 17. | Czy firma oszacowała wszelkie koszty związane ze spełnieniem wymagań w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy podczas realizacji prac będących przedmiotem umowy ?  |  |  |  |
| 18. | Czy koszty o których mowa w pkt. 9. znajdują odzwierciedlenie w składanej cenie ofertowej? |  |  |  |

\**W przypadku odpowiedzi* ***TAK*** *Wykonawca zobowiązany jest uzyskać i dołączyć kwestionariusze od podwykonawców*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane dotyczące wypadków przy pracy (** za okres 3 lat poprzedzających złożenie oferty oraz za okres do dnia złożenia oferty w danym roku)\* | 20.. | 20.. | 20.. | 20..\*\*\* |
| Liczba wypadków przy pracy pracowników\* |  |  |  |  |
| Liczba dni absencji wskutek wypadku \* |  |  |  |  |
| Wskaźnik częstości wypadków **(FR)\*** |  |  |  |  |
| Wskaźnik ciężkości wypadków **(SR)\*** |  |  |  |  |
| Liczba wypadków przy pracy osób zatrudnionych na innej podstawie niż umowa o pracę\* |  |  |  |  |
| Liczba wypadków przy pracy podwykonawców\* |  |  |  |  |
| Liczba wypadków śmiertelnych (w firmie) u (podwykonawców)\* |  |  |  |  |  |  |  |  |

*\* Dotyczy* ***Z-7 Kwestionariusz bezpieczeństwa i higieny pracy dla Wykonawców***

\*\*\* *Za okres do dnia złożenia kwestionariusza*

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie audytu sprawdzającego przez upoważnionych pracowników Elektrowni
w celu potwierdzenia danych, o których mowa w kwestionariuszu.\*

Za zgodność danych zawartych w Karcie/Kwestionariuszu

 ……………………………………………………………………

 Data, podpis Pracodawcy lub osoby przez niego upoważnionej

**FR :** *Liczba wypadków przy pracy(w tym śmiertelnych) x 1 000 000 / ogóln*ą *liczb*ę *przepracowanych godzin ryzyka;*

**SR :** *Liczba dni absencji chorobowej spowodowanej wypadkami x 1000 /ogóln*ą *liczb*ą *przepracowanych godzin ryzyka;*

**Liczba godzin ryzyka:** *Liczba godzin, w tym godzin nadliczbowych przepracowanych przez pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o prac*ę *na czas okre*ś*lony i nieokre*ś*lony;*