

Formularz Kwalifikacyjny Wykonawcy w zakresie EHS

(formularz wypełnia przedstawiciel wykonawcy)

(zatwierdza przedstawiciel EHS)

Zatwierdzono:

Tak

Nie

Warunkowo

Imię i nazwisko osoby wystawiającej

Data

Niniejszego formularza należy używać do oceny dotychczasowego postępowania dostawców towarów i usług w zakresie ochrony środowiska oraz bezpieczeństwa i higieny pracy (EHS) w celu umieszczenia ich na liście zatwierdzonych dostawców. Zatwierdzenie takie zachowuje ważność przez trzy lata od dnia zatwierdzenia chyba, że nie będą oni postępować zgodnie z zasadami EHS, co spowoduje unieważnienie zatwierdzenia ich jako dostawców towarów i usług.

Informacje ogólne:

Firma lub nazwa dostawcy: _____

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy): _____

Osoba kontaktowa: _____

Numer telefonu, nr wewnętrzny _____ Nr faksu _____

Adres e-mail: _____

Opis świadczonych usług: _____

Informacje o ubezpieczeniu pracowniczym:

Ubezpieczyciel pracowników: _____
(nazwa firmy ubezpieczającej)

Ubezpieczyciel pracowników: _____
(nazwa firmy ubezpieczającej)

Ubezpieczyciel pracowników: _____
(nazwa firmy ubezpieczającej)

Ochrona środowiska i BHP:

Proszę podać następujące informacje dotyczące ostatnich trzech lat:	(wprowadź dwucyfrową końcówkę roku)		
	20__	20__	20__
Jaka była średnia liczba pracowników w Państwa firmie?			
Ile wypadków przy pracy było przyczyną absencji w pracy z powodu odniesionych obrażeń/chorób?			
Za ile wycieków/emisji do środowiska substancji chemicznych, o których należy obowiązkowo powiadamiać właściwe jednostki kontrolujące odpowiedzialna jest Państwa firma?			
Czy Państwa firma była pozywana do sądu przez jednostki kontrolujące w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy? <i>Jeśli tak, proszę załączyć odpowiednie dokumenty.</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	

Osoba do kontaktów w sprawach OŚ i BHP:

Imię i nazwisko: _____ Numer telefonu: _____

Stanowisko: _____

Kwalifikacje: _____

Pracownicy zostali przeszkoleni oraz uzyskali właściwe certyfikaty lub pozwolenia do wykonywania zadań w sposób bezpieczny w następującym zakresie:

<input type="checkbox"/> Kontrola niebezpiecznych źródeł energii/etykietowanie (Lockout/Tagout)	<input type="checkbox"/> Wejście do przestrzeni zamkniętych	<input type="checkbox"/> Wysokie napięcie
<input type="checkbox"/> Usuwanie/postępowanie z azbestem	<input type="checkbox"/> Usuwanie/postępowanie ze związkami ołowiu	<input type="checkbox"/> Wykonywanie prac niebezpiecznych pożarowo
<input type="checkbox"/> Praca z suwnicami, urządzeniami dźwignicowymi	<input type="checkbox"/> Wykopy wąsko /szerokoprzestrzenne	<input type="checkbox"/> Prace na wysokości
<input type="checkbox"/> Ochrona układu oddechowego	<input type="checkbox"/> Pojazdy przemysłowe jezdne	<input type="checkbox"/> Prace z użyciem napędów spalinowych w pomieszczeniach
<input type="checkbox"/> Powiadamianie o zagrożeniach	<input type="checkbox"/> Substancje chemiczne i niebezpieczne	<input type="checkbox"/> Ewakuacja w razie zagrożenia

Inne: _____

Czy posiadają Państwo pisemne procedury w zakresie ochrony środowiska i bezpieczeństwa pracy, których muszą przestrzegać pracownicy i czy procedury te uwzględniają wymienione powyżej zagadnienia ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy w Państwa firmie istnieje system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy oraz ochroną środowiska, który pozwala zidentyfikować i ocenić ryzyko, zagrożenia związane z wykonywaniem danych czynności a następnie adresowaniem ryzyka i jego eliminacji?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy Państwa firma posiada aktualną ocenę ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy Państwa firma otrzymała jakieś nagrody w zakresie ochrony środowiska i BHP w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy? <i>Jeśli tak, jakie były to nagrody?:</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jak często Państwa często przeprowadza audyty/kontrole swoich pracowników w celu zapewnienia bezpiecznej pracy?	

Powyższe informacje są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem

Podpis kierownika firmy

Stanowisko

Data

Nazwisko (literami drukowanymi)

ZATWIERDZENIE KONTRAHENTA:

(zatwierdza pracownik Działu EHS)

Podpis osoby zatwierdzającej

Data

Uwagi: