

INFORMACJA O DOSTAWCY/DZIERŻAWCY i zadaniu

ZADANIE:

1. MIEJSCE PRACY:

2. TERMIN WYKONANIA ZADANIA: OD..... DO.....

3. UMOWA NR.....Z DNIA.....

DOSTAWCA/DZIERŻAWCA:

1. NAZWA:

2. ADRES:

3. TELEFON: MAKSYMALNA LICZBA PRACOWNIKÓW:

4. KIERUJĄCY WYKONANIEM ZADANIA:

TELEFON:

DALSZY PODWYKONAWCA:

1. NAZWA FIRMY:

2. MAKSYMALNA LICZBA PRACOWNIKÓW:

3. OSOBA ODPOWIEDZIALNA:

TELEFON:

LISTA PRACOWNIKÓW DALSZEGO PODWYKONAWCY:

| Lp. | Imię i nazwisko | Funkcja | Uprawnienia* |
|-----|-----------------|---------|--------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

FORMA WYKONANIA ZADANIA:

1. W pomieszczeniu zamkniętym, w obecności pracowników ZOZ /brak obecności pracowników ZOZ*
2. W pomieszczeniu otwartym, w obecności pracowników ZOZ / brak obecności pracowników ZOZ*

*niepotrzebne skreślić

PRACE WYMAGAJĄCE SPECJALNEGO ZEZWOLENIA*:

1. Prace niebezpieczne pożarowo,
2. Prace pod wysokim napięciem,
3. Prace na wysokości,
4. Prace w przestrzeni zamkniętej,
5. Prace poniżej powierzchni gruntu,
6. Inne

*właściwe podkreślić

SUBSTANCJE STWARZAJĄCE ZGAROŻENIE – WNOSZONE NA TEREN ZOZ W KOŃSKICH:

SUBSTANCJE CHEMICZNE:

1.ILOŚĆ:
2.ILOŚĆ:

GAZY TECHNICZNE:

1.ILOŚĆ:
2.ILOŚĆ:

POSIADANE UBEZPIECZENIE DOSTAWCY/DZIERŻAWCY (podkreślić właściwe):

1. Ubezpieczenie OC używanych pojazdów i maszyn (nie dotyczy pojazdów prywatnych): **TAK** **NIE**
2. Ubezpieczyciel.....
3. Rodzaj polisy.....
4. Numer i data ważności polisy.....

PRZED PRZYSTĄPIENIEM DO WYKONYWANIA ZADANIA DOSTAWCA/DZIERŻAWCA MA OBOWIĄZEK UZGODNIĆ z:

| | |
|---|--|
| SŁUŻBA ELEKTRYCZNA (przed rozpoczęciem prac) | OCHRONA ŚRODOWISKA (przed lub w trakcie realizacji prac): |
| PODŁĄCZENIE MEDIÓW | GOSPODARKA ODPADAMI |
| podłączający media: | odpowiedzialny: |
| podpis: | podpis: |

| | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|--|-------------------|--|---------------------|--|-------------------|--|
| BHP (przed lub w trakcie realizacji prac): | | | | | | | | | |
| ŚRODKI OCHRONY WNOSZONE PRZEZ DOSTAWCĘ/DZIERŻAWCĘ: | | | | | | | | | |
| Kask | | Okulary ochronne | | Ochronniki słuchu | | Maski przeciwgazowe | | Rękawice ochronne | |
| Obuwie ochronne | | Kamizelki odblaskowe | | rękawiczki | | inne: | | inne: | |
| Inne wymagane środki ochrony osobiste..... | | | | | | | | | |
| odpowiedzialny pracownik Służb BHP: | | | | | | podpis: | | | |

LISTA ZAGROŻEŃ MOGĄCYCH WYSTĄPIĆ PODCZAS WYKONYWANIA PRAC DOSTAWCY/DZIERŻAWCY:

| Lp. | Zagrożenie | Miejsce narażenia/rodzaj wykonywanej pracy | Przewidywalny czas narażenia na zagrożenia (podany w minutach lub godz.)* |
|-----|------------|--|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

* - należy wypełnić wpisując faktyczny czas narażenia.

WYKAZ SPRZĘTU/NARZĘDZI DOSTAWCY/DZIERŻAWCY:

| Lp. | Sprzęt/narzędzie | Osoba odpowiedzialna | Przewidziany okres użytkowania (data od /do) |
|-----|------------------|----------------------|--|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |

OSOBY ODPOWIEDZIALNE ZA TRANSPORT ODPADÓW Z MIEJSCA POWSTANIA DO MIEJSCA SKŁADOWANIA:

1.
2.
3.

LISTA PRACOWNIKÓW DOSTAWCY/DZIERŻAWCY:

| Lp. | Imię i nazwisko | Funkcja | Uprawnienia* |
|-----|-----------------|---------|--------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 14 | | | |
| 15 | | | |

* należy wypełnić w przypadku wymogu posiadania stosownych uprawnień do wykonania zadania

WYKAZ SAMOCHODÓW DOSTAWCY/DZIERŻAWCY UPOWAŻNIONYCH DO WJAZDU NA TEREN ZOZ:

| Lp. | Marka samochodu | Numer rejestracyjny |
|-----|-----------------|---------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

WYKAZ OBOWIĄZUJĄCYCH DOSTAWCĘ/DZIERŻAWCĘ DOKUMENTÓW Z ZAKRESU OCHRONY ŚRODOWISKA:

| Lp. | Nazwa dokumentu | Dotyczy | Nie dotyczy | Uwagi |
|-----|---|---------|-------------|-------|
| 1 | Zezwolenie/pozwolenie na zbieranie lub przetwarzanie odpadów. | | | |
| 2 | Pozwolenie zintegrowane (obejmujące wytwarzanie i gospodarowanie odpadami) | | | |
| 3 | Karty przekazania | | | |
| 4 | Karty ewidencji | | | |
| 5 | Dokument potwierdzający unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych. | | | |
| 6 | Zbiorcze zestawienie danych o rodzajach i ilości odpadów | | | |
| 7 | Świadectwo stwierdzające kwalifikacje w zakresie gospodarowania odpadami | | | |
| 8 | Świadectwa przeszkolenia doradcy do spraw bezpieczeństwa w zakresie transportu towarów niebezpiecznych | | | |
| 9 | Umowa na odbiór odpadów (oraz dokumenty związane z prowadzeniem działalności z zakresu gospodarowania odpadami) | | | |
| 10 | Uprawnienia ADR | | | |

POTWIERDZAM OTRZYMANIE KOPII PROCEDUR OBOWIĄZUJĄCYCH W ZOZ W KOŃSKICH i zobowiązuje się przestrzegania zasad w nich zawartych:

1. PO/O/1 „NADZÓR NAD ZEWNĘTRZNYMI DOSTAWCAMI USŁUG/DZIERŻAWCAMI. ZAWIERANIE I NADZOROWANIE UMÓW. ZASADY I TRYB PRZEPROWADZANIA KONTROLI DOSTAWCÓW/ DZIERŻAWCÓW w ZOZ w KOŃSKICH”.
2.

3.
.....
4.
.....
5.
.....
6.
.....
7.
.....
8.
.....
9.
.....
10.
.....
11.
.....
12.
.....
13.
.....
14.
.....

OŚWIADCZENIE DOSTAWCY/DZIERŻAWCY:

Oświadczam, że pracownicy Dostawcy/dzierżawcy, którego reprezentuję znają zasady postępowania w zakresie wywierania wpływu na środowisko oraz bezpieczeństwo i higienę pracy obowiązujące podczas realizacji prac na rzecz/na terenie Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich, wynikające z procedury PO/O/1 „Nadzór nad dostawcami usług/dzierżawcami. Zawieranie i nadzorowanie umów. Zasady i tryb przeprowadzania kontroli dostawców/dzierżawców w ZOZ w Końskich” i zobowiązuje się do bezwzględnego stosowania zaleceń w niej zawartych .

Jednocześnie oświadczam, że pracownikom Dostawcy/dzierżawcy, którego reprezentuję znane są zasady ogólne BHP i p.poż. i zobowiązuje się do ich bezwzględnego stosowania i przestrzegania przez cały okres świadczenia usługi/dzierżawy.

Oświadczam, że pracownicy Dostawcy/dzierżawcy, którego reprezentuję będą bezwzględnie stosować środki ochrony osobistej i będą eksploatować urządzenia techniczne i sprzęt spełniający normy bezpieczeństwa.

Przed przystąpieniem do prac udzielę pracownikom wykonującym pracę instruktażu w zakresie zasad bezpiecznego wykonywania pracy i pouczę o sposobach postępowania w sytuacji zagrożenia i awaryjnej.

1. Wszyscy pracownicy oraz pracownicy dalszego podwykonawcy, niezależnie od rodzaju wykonywanej pracy mają ukończone 18 lat, potwierdzone uprawnienia do wykonywania zawodu, obsługi maszyn i urządzeń oraz ważne badania i szkolenia BHP.
2. Wszystkie zmiany personelu Dostawcy/dzierżawcy oraz pracownicy dalszego podwykonawcy będą natychmiast zgłoszone Koordynatorowi umowy/koordynatorowi właściwemu merytorycznie ze strony ZOZ w Końskich.
3. Wszyscy pracownicy Dostawcy, pracownicy dalszego podwykonawcy/dzierżawcy zostali zapoznani z potencjalnymi zagrożeniami w miejscu wykonywania pracy, odpowiednimi przepisami BHP i przeciwpożarowymi oraz zobowiązują się do ich przestrzegania.

.....
Data i czytelny podpis upoważnionego przedstawiciela Dostawcy

ZLECAJĄCY:

Dopuszczam do realizacji Zadania.

Zostałem poinformowany o zagrożeniach wynikających z prac wykonywanych przez Dostawcę:

- TAK (zagrożenia występują)*
- NIE (zagrożenia nie występują)*

.....
Data i czytelny podpis upoważnionego przedstawiciela ZOZ w Końskich

KOORDYNATOR UMOWY W ZOZ W KOŃSKICH:

DZIAŁ/STANOWISKO:**TELEFON:**

.....
Data i podpis Koordynatora umowy

POTWIERDZAM ODBIÓR KOPII WYPEŁNIONEGO FORMULARZA:

| Lp. | Komórka/Stano­wisko | Data | Podpis |
|-----|---|------|--------|
| 1. | Sekcja BHP | | |
| 2. | Inspektor p.poż | | |
| 3. | Inspektor ds. Ochrony Środowiska | | |
| 4. | Administrator Bezpieczeństwa Infor­macji | | |
| 5. | Starszy Inspektor ds. Obronnych i Zarządzania kryzysowego | | |
| 6. | Koordynator umowy | | |
| 7. | Dział Jakości i Marketingu | | |

UWAGI do realizacji prac przez Dostawcę z uwzględnieniem:

- opisu UWAG,
- daty i godziny wpisu,
- danych osoby dokonującej wpisu (wpisu może dokonać każdy pracownik ZOZ w Końskich)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- WYPEŁNIA KOORDYNATOR UMOWY PO ZAKOŃCZENIU ZADANIA-

ZAKOŃCZENIE ZADANIA

OCENA REALIZACJI ZADANIA (po uwzględnieniu UWAG do realizacji zadania) (wypełnia Koordynator umowy):

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data i podpis Koordynatora umowy