

KONTROLNÝ LIST BOZP PRE KVALIFIKÁCIU DODÁVATEĽOV

HSE CHECKLIST FOR QUALIFICATION OF CONTRACTORS

Obchodné meno spoločnosti:

1) Početnosť pracovných úrazov/Frequency rate

Vyjadrenie frekvencie výskytu pracovných úrazov vo vzťahu na 1 000 000 odpracovaných hodín

Uveďte počet registrovaných pracovných úrazov vašich zamestnancov a pracovníkov vašich dodávateľov s práceneschopnosťou viac ako 3 kalendárne dni, za posledné 3 ukončené kalendárne roky a za prebiehajúci rok	Počet		Rok
	Zamestnanci	Dodávatelia	

Uveďte priemerný počet zamestnancov vašej organizácie za posledné 3 ukončené kalendárne roky plus za prebiehajúci rok	Počet	
	Zamestnanci	Rok

Percentá	
Uveďte percentuálne, aký podiel prác bol za posledné 3 ukončené kalendárne roky a za prebiehajúci rok vykonávaný dodávateľsky (Za dodávateľa sa považuje aj živnostník podnikateľ)	

2) Zaznamenala vaša spoločnosť za posledné 3 ukončené kalendárne roky plus za prebiehajúci rok pracovný úraz, s následkom ťažkej ujmy na zdraví (tzv. závažný pracovný úraz) (vrátane pracovníkov vašich dodávateľov, ktorí pracovali na vašej zákazke)	Áno	Nie

Počet
Ak ste odpovedali áno uveďte počet takýchto pracovných úrazov

3) Zaznamenala Vaša spoločnosť za posledné 3 ukončené kalendárne roky plus za prebiehajúci rok smrteľný pracovný úraz (vrátane pracovníkov Vašich dodávateľov, ktorí pracovali na Vašej zákazke)	Áno	Nie

Počet
Ak ste odpovedali áno uveďte počet takýchto úrazov

4) Bola Vaša spoločnosť za posledné 3 ukončené kalendárne roky a v prebiehajúcom roku sankciovaná niektorým z uvedených dozorných orgánov

RÚVZ	Áno	Nie
IP		
ŠPD		

5) Zabezpečujete výkon vašich činností aj prostredníctvom živnostníkov

	Áno	Nie

6) Ak pre Vás pracujú živnostníci:

Poskytujete im OOPP	Áno	Nie
Poskytujete im elektrické ručné náradie		
Dokladujú Vám lekárske preventívne prehliadky prehliadky vo vzťahu k práci		
Poskytujete im školenia v oblasti BOZP, OPP obdobne ako vlastným zamestnancom		

7) Do prílohy tohto kontrolného listu dokladujete organizačnú štruktúru s uvedením zamestnancov záujemcu, ktorí sú zodpovední za riadenie BOZP v organizácii s uvedením ich pozície v organizačnej štruktúre.

Má Vaša spoločnosť vlastného Autorizovaného bezpečnostného technika/Bezpečnostného technika/Technika požiadnej ochrany	Áno	Nie

8) Získala Vaša spoločnosť nejaké ocenenia za BOZP/OPP

	Áno	Nie
Ak áno, uveďte aké		

Prosím, priložte k tomuto kontrolnému listu nasledovné dokumenty:	
otázka 2)	Zoznam pracovných úrazov s následkom ťažkej ujmy na zdraví s uvedením popisu úrazov, príčiny a zdroja úrazov a prijatých opatrení na ich predchádzanie
otázka 3)	Zoznam pracovných úrazov s následkom smrti s uvedením popisu úrazov, príčiny a zdroja úrazov a prijatých opatrení na ich predchádzanie
otázka 7)	Zoznam pracovníkov zodpovedných za riadenie BOZP s uvedením pozície v Organizačnej štruktúre spoločnosti, platné certifikáty ABT, BT, TPO vlastných zamestnancov, ako aj v prípade ak sú tieto služby poskytované dodávateľsky
otázka 8)	Doklady k deklarovaným získaným oceneniam v oblasti BOZP/OPP