



FORMULARZ ZAMÓWIENIA OCENY RYZYKA ZAWODOWEGO

1. Dane Zamawiającego:

.....
.....
.....

(nazwa i adres firmy, numer NIP, tel. kontaktowy)

2. Czy firma ma zawartą umowę na obsługę z zakresu medycyny pracy z naszą placówką:

TAK/ NIE*

3. Informacje ogólne

STANOWISKO	
ILOŚĆ OSÓB	

4. Opis stanowiska pracy

CZYNNIKI RYZYKA	TYP	INFORMACJE DODATKOWE
MASZYNY WYKORZYSTYWANE NA STANOWISKU PRACY		
URZĄDZENIA WYKORZYSTYWANE NA STANOWISKU PRACY		
WYSTĘPOWANIE SUBSTANCJI CHEMICZNYCH	TAK/NIE*	
PROWADZENIE SAMOCHODU W CELACH SŁUŻBOWYCH	TAK/NIE*	
MIEJSCE ZATRUDNIENIA	LOKALIZACJE: JEDNA/KILKA	
TYP PRACY	ZMIANOWA /ZDALNA*	

.....
Miejscowość, data i czytelny podpis Zamawiającego

* Niepotrzebne skreślić ** Właściwe zaznaczyć

- Wypełniony formularz przesłać na adres bhp@cmgwinner.pl i oczekiwać na kontakt ze strony wykonawcy