



WNIOSEK WYCENY KOSZTÓW CERTYFIKACJI

Wypełnij ten wniosek i odeślij do nas na adres certyfikacja@bsigroup.com

1 Informacje o organizacji					
Nazwa organizacji					
Adres głównej siedziby				Kod pocztowy	
Adres do korespondencji (jeżeli inny niż powyżej)				Kod pocztowy	
Strona www		Tel.:		Fax.:	
Osoba kontaktowa			Stanowisko		
Email:		Tel.:		Mobile:	

2 Szczegóły dotyczące siedziby głównej oraz pozostałych lokalizacji (jeśli występują proszę podać adresy lokalizacji)		Liczba zmian	1	2	3	4	Łączna liczba pracowników
			Liczba pracowników na poszczególnych zmianach				
Lokalizacja główna:							
Oddział 1:							
Oddział 2:							
Oddział 3:							
Oddział 4:							
Oddział 5:							
<i>Przy większej ilości oddziałów proszę wyszczególnić oddziały w osobnym zestawieniu</i>		Łączna liczba pracowników*:					

*Jeśli pracownicy zmianowi i/lub kontraktowi są zatrudnieni proszę o podanie liczb według wzoru : 10 osób x 4 h / standardowa ilość godzin

3 Proszę podać krótki opis działań/procesów/produktów/usług, które mają być objęte certyfikacją.

4 Rodzaj wykonywanej pracy oraz liczba pracowników przydzielonych do poszczególnych zadań (na przykład: obsługa urządzeń, praca biurowa, produkcja)

Zadanie	Liczba pracowników	Zadanie	Liczba pracowników

5 Proszę podać szczegóły przepisów i regulacji dotyczących BHP, które mają zastosowanie dla Państwa przedsiębiorstwa.

--

6 Nowy klient BSI Group Polska Sp.z.o.o

a. Nowy klient BSI	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	b. Klient zmieniający jednostkę certyfikującą	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Jeśli klient zmieniający jednostkę certyfikującą proszę podać informacje na temat poprzedniej jednostki certyfikującej, dat certyfikacji:					
7 Czy mają Państwo wymagania dotyczące daty certyfikacji?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Data:		

8 Czy w ciągu ostatnich 5 lat wystąpiły u Państwa w organizacji incydenty prowadzące lub przez które są Państwo w trakcie procesów/roszczeń ubezpieczeniowych/egzekwowania roszczeń?

Tak Nie

Jeżeli tak, proszę podać szczegóły:

--

9 Proszę przedstawić krótki opis relacji Państwa organizacji z organami regulacyjnymi?

--

10 Proszę podać dokładną liczbę wszystkich urazów, chorób i niebezpiecznych zdarzeń podlegających zgłoszeniu wg wymogów prawnych, które miały miejsce w ciągu ostatnich 24 miesięcy

	Śmiertelne:	Poważne:	Drobne:
Liczba zgłoszonych urazów:			
Liczba zgłoszonych chorób:			
Liczba zgłoszonych niebezpiecznych zdarzeń:			
Szczegóły zgłoszonych urazów, chorób i/lub niebezpiecznych zdarzeń:			

11 Proszę podać krótki opis podwykonawców (jeżeli istnieją)

--

12 Proszę podać szczegóły dotyczące kluczowych zagrożeń dla zdrowia i bezpieczeństwa w pracy

Proszę zaznaczyć, które z poniższych zagrożeń zawodowych może mieć zastosowanie dla Państwa organizacji:

Zaznacz:	Zagrożenie:	Szczegóły:
<input type="checkbox"/>	Azbest	
<input type="checkbox"/>	Pożar i eksplozja	
<input type="checkbox"/>	Magazynowanie i/lub stosowanie substancji łatwopalnych	
<input type="checkbox"/>	Towary niebezpieczne (w tym transport)	
<input type="checkbox"/>	Zagrożenia fizyczne (np. używanie maszyn, manualna obsługa itp.)	
<input type="checkbox"/>	Praca w ekstremalnych temperaturach	
<input type="checkbox"/>	Praca w pobliżu wody (ryzyko utonięcia)	
<input type="checkbox"/>	Zagrożenia psychiczne (stres, nadmierne obciążenie itp.)	
<input type="checkbox"/>	Szkodliwe źródła energii, np. energii elektrycznej, promieniowanie, hałas i promieniowanie niejonizujące	
<input type="checkbox"/>	Urządzenia dźwigowe i operacje podnoszenia	
<input type="checkbox"/>	Zagrożenia biologiczne	
<input type="checkbox"/>	Praca na wysokościach	
<input type="checkbox"/>	Praca w pobliżu poruszających się pojazdów	
<input type="checkbox"/>	Przygotowywanie posiłków dla innych stron	
<input type="checkbox"/>	Praca ze sprężonym powietrzem	
<input type="checkbox"/>	Praca w zamkniętych/ograniczonych przestrzeniach	
<input type="checkbox"/>	Praca z systemami ciśnieniowymi	
<input type="checkbox"/>	Wykorzystanie w pracy materiałów ołowianych i ciężkich	
<input type="checkbox"/>	Pary/gazy/kurz	
<input type="checkbox"/>	Zagrożenia chemiczne	
<input type="checkbox"/>	Inne (proszę wymienić)	

13 Czy Państwa System Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy jest zintegrowany z innymi systemami zarządzania (np. ISO 9001, ISO 14001 itp.), czy wymagają zintegrowanego podejścia do certyfikacji?
Tak Nie
14 Czy występują u Państwa tereny zamknięte/prawnie zastrzeżone informacje/wymagania poufności

15 Czy korzystają Państwo z usług firmy konsultingowej przy wdrażaniu Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy?
Tak Nie

(W miarę możliwości prosimy o uzupełnienie poniższych informacji)

Nazwa firmy konsultingowej:

Adres:

Email:

Tel:

Fax:

16 Oświadczenie

Potwierdzam, że jestem upoważnionym przedstawicielem organizacji oraz, że powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Potwierdzam, że organizacja zobowiązuje się do przestrzegania przepisów dotyczących procesu certyfikacji oraz dokonania zapłaty wszelkich opłat związanych z procesem certyfikacji, niezależnie od końcowego wyniku procesu certyfikacji.

Data:

Imię Nazwisko:

17 Skąd dowiedzieli się Państwo o BSI

Rekomendacja firmy konsultingowej	<input type="checkbox"/>	Reklama (jeżeli tak, to gdzie ?)	<input type="checkbox"/>
Rekomendacja innej organizacji	<input type="checkbox"/>	Konferencje	<input type="checkbox"/>
Strona www BSI	<input type="checkbox"/>	Z publikacji w prasie/mediach (proszę sprecyzować z jakich ?)	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	Inne (jakie ?)	<input type="checkbox"/>
Obecny klient BSI	<input type="checkbox"/>		

Data Protection Act 1998

Powyższe informacje są zbierane, wykorzystywane i przechowywane w ramach Brytyjskiego Aktu Poufności z 1998r. Informacje zawarte w powyższym dokumencie są wyłączną własnością BSI Group Polska Sp. Z.o.o i w razie potrzeby będą używane tylko i wyłącznie w celu przekazania oferty handlowej związanej z produktem Certyfikacji oraz innych odpowiadających działalności firmy.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych od BSI Group za pośrednictwem

Fax.: Email: Tel.

Nie wyrażam zgody na otrzymywanie informacji handlowych od BSI Group

Aby porozmawiać z jednym z naszych ekspertów i zrozumieć, jak jesteście Państwo przygotowani do certyfikacji, zadzwoń do nas: + 48 22 330 61 85 | + 48 22 330 61 94 | + 48 795 515 022

lub dowiedz się więcej na www.bsigroup.com/certyfikacja

BSI posiada szereg niezbędnych narzędzi i zasobów - zapewnimy Państwu wsparcie na drodze do uzyskania certyfikatu.

Analiza luk

Identyfikacja luk między dotychczasowymi systemami zarządzania i wymaganiami OHSAS 18001 - pomaga przedstawić w ogólnym zarysie kroki, jakie należy podjąć w kierunku uzyskania certyfikatu.

Szkolenia

Oferujemy różne metody przeprowadzania szkoleń, aby dopasować się do potrzeb każdej organizacji.

Prowadzimy zarówno szkolenia otwarte i dedykowane. Dowiedz się więcej na www.bsigroup.com/szkolenia



bsigroup.pl

...making excellence a habit.™