1. Informacje ogólne

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy prac, rodzaj robót: |  | |
| Osoba nadzoru wyznaczona przez Wykonawcę odpowiedzialna za nadzór nad pracownikami oraz przestrzeganie zasad BHP podczas wykonywania robót | Imię, Nazwisko |  |
| tel. kontaktowy |  |

1. Lista pracowników Wykonawcy zgłoszonych do pracy w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i Imię | Zawód/ stanowisko | Szkolenia BHP (data ważności) | Badania lekarskie(data ważności) | Badania specjalistyczne:  * Wysokościowe * Prace szczególnie niebezpieczne   (data ważności) | **Uprawnienia**  **(**rodzaj, klasa, numer) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |

1. Oświadczenie wykonawcy prac

*Niniejszym oświadczam, że ww. pracownicy posiadają aktualne orzeczenia lekarskie o braku przeciwskazań do wykonywania powierzonych prac na zajmowanych stanowiskach oraz odpowiednie, wymagane przepisami kwalifikacje zawodowe oraz uprawnienia, a także są przeszkoleni w zakresie BHP i PPOŻ oraz zatrudnieni legalnie.*

………………………………………………………………………

*(data i podpis przedstawiciela Wykonawcy usług/robót budowlanych*