

**FORMULARZ ZAMÓWIENIA**

|  |
| --- |
| **DANE ZAMAWIAJĄCEGO** |
| Imię i nazwisko osoby zamawiającej |  | Telefon |  |
| Email |  | Stanowisko |  |
| Nazwa firmy |  | NIP |  |
| Adres |  |
| **PYTANIA MARKETINGOWE** |
| Wielkość firmy (ilość zatrudnionych +/-) |  | Branża |  |

|  |
| --- |
| **USŁUGI** |
| Lp | **SZKOLENIA BHP** | **Tak** | **Nie** |
| 1 | Szkolenie wstępne  |  |  |
| 2 | Szkolenie okresowe Pracodawca i Kierownicy |  |  |
| 3 | Szkolenie okresowe Administracyjno- biurowe |  |  |
| 4 | Szkolenie okresowe Inżynieryjno-techniczne |  |  |
| 5 | Szkolenie okresowe Robotnicy |  |  |
|  | **SZKOLENIA ZAWODOWE** |  |  |
| 1 | Sygnalista kolejowy |  |  |
| 2 | Hakowy |  |  |
| 3 | Wagony samowyładowcze |  |  |
| 4 | Obsługa lekkiego sprzętu kolejowego |  |  |
| 5 | Prace na wysokości |  |  |
| 6 | Prace szczególnie niebezpieczne BHP |  |  |
| 7 | I pomoc |  |  |
| 8 | PPOŻ |  |  |
|  | **INNE** |  |  |
| 1 | Dokumentacja BHP pełna |  |  |
| 2 | Ocena ryzyka zawodowego |  |  |
| 3 | Instrukcje BHP |  |  |
| 4 | Przegląd gaśnic |  |  |
| 5 | Opracowanie protokołu wypadkowego |  |  |
| 6 | Opieka BHP  |  |  |
| 7 | Skierowanie na badania lekarskie |  |  |
| 8 | Audyt |  |  |

**LISTA KURSANTÓW SZKOLEŃ ZAWODOWYCH**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię** | **Nazwisko** | **Data urodzenia** | **Rodzaj szkolenia** | **Email** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |

Proponowany termin szkolenia: ………………………………………………Forma szkolenia: szkolenie online (e-learning) lub wykład

**LISTA KURSANTÓW SZKOLEŃ BHP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię** | **Nazwisko** | **Stanowisko** | **Data urodzenia**dot. szkoleń okresowych BHP | **Data zatrudnienia**dot. szkoleń wstępnych BHP | **Rodzaj szkolenia**Wstępne / okresowe | **Email** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |

Proponowany termin szkolenia: ………………………………………………Forma szkolenia: szkolenie online (e-learning) lub wykład

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………..(pieczęć, data i podpis zamawiającego) | ……………………………………………….(pieczęć i podpis przyjmującego) |