

**HSE**

**Квалификациони Упитник бр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ову процену користи Друштво (НИС а.д. Нови Сад), да утврди у којој мери Извођач испуњава критеријуме са становишта HSE\*, за безбедно и по животну средину прихватљиво понашање, у оквиру свог пословања. Упитник обухвата широк спектар питања која се односе на HSE, а на основу одговора Друштво ће проценити да ли ће се Извођач квалификовати и добити статус „Квалификован Извођач са аспекта HSE “. Захтеви законске регулативе БЗР, ЗЖС и ЗОП су обавезујући минимум.

1. **Подаци о Извођачу**

Пун назив компаније Извођача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пуна Адреса:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Матични број:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПИБ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Делатност:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Шифра делатности:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контакт особа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Позиција:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефони:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Област Активности за коју се пријављујете\*\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Навести претходне уговоре са Друштвом према деловодном броју НИС а.д. Нови Сад (уколико их је било): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Профил компаније Извођача** 
   1. **Врста послова коју обавља компанија – опис услуга**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* 1. **Детаљи о Организацији компаније**

|  |  |
| --- | --- |
| **Кључне позиције** | **Податак о постојању / број запослених** |
| Менаџмент |  |
| Линијски менаџери (руководиоци/супервизори) |  |
| Запослени |  |
| **Укупан број запослених у компанији** |  |
| Ангажована трећа лица |  |
| Систематизација радних места/извод из систематизације радних места – *Опис посла* |  |
| Одлука о именовању Лица за обављање послова БЗР *(фотокопија)* |  |
| Укупан број радних сати запослених (месечно/годишње) |  |

* 1. **Структура Повреда у компанији**

|  |  |
| --- | --- |
| **Повреде/обољења у последњих 12 месеци** | **Број** |
| Смртни исходи |  |
| Повреде које су изазивалe инвалидност |  |
| Повреде уз изгубљене дане |  |
| Повреде са лекарским теретманом (а без изгубљених дана) |  |
| Повреде без изгубљених радних сати |  |
| **Обезбедити доказе прилагањем одговарајућих образаца евиденција БЗР (Образац 3 или Образац 4)** | |

*HSE\* - опште прихваћена скраћеница од енглеских речи „Health, Safety, Environment“, у нашем језику здравље, сигурност (безбедност), животна средина. Синоним за послове HSE у организационим целинама Друштву гласи ИЕБ, ЗНР и З.*

* 1. **Захтеви у складу са ризиком који извођач представља**

\*\* Како бисте успешно препознали ниво ризика услуга које пружате за Друштво, користите приложену табелу Сегментација услуга према нивоу ризика са већ препознатим нивоима ризика за све препознате услуге.

У поље **Област Активности за коју се пријављујете** унесите све активности које сте препознали у приложеној табели.

Уколико пружате више услуга, Упитник попуњавате према највећем нивоу ризика, тј ако се пријављујете за пет активности од којих је три малог ризика и две умереног Ви треба да попуните и доставите доказе тражене за умерени ниво ризика без обзира што се можда сада нећете јавити на тендер за набавку услуга умереног ризика већ ниског нивоа ризика. Иста аналогија се примењује и на случајеве са високим нивоом ризика.

Документа се достављају према табели:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Извођачи који конкуришу за услуге | Документа захтевана табелом 2.5 | Документа захтевана табелом 2.6 | Документа захтевана табелом 2.7 |
| **Ниског нивоа ризика** | **Обавезна достава** | Може али не мора | Може али не мора |
| **Умереног нивоа ризика** | **Обавезна достава** | **Обавезна достава** | Може али не мора |
| **Високог нивоа ризика** | **Обавезна достава** | **Обавезна достава** | **Обавезна достава** |

* 1. ***За СВЕ извођаче ОБАВЕЗНА ДОКУМЕНТАЦИЈА:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Питање** | Да / Не | **Као ОБАВЕЗАН доказ доставити:** |
| **1\*** | Да ли ваша компанија има урађен Акто процени ризика на радном месту (за стране компаније: General Risk Assessment)? |  | Закључак Акта о процени ризика( у даљем тексту Акт о П.Р.), страна на којој се види ко је власник Акта о П.Р, страна на којој се види ко је урадио Акт о П.Р, страна на којој се види када је урађен Акт о П.Р, односно последња ревизија документа |
| **2\*** | Да ли ваша компанија има обавезно осигурање запослених од повреда на раду |  | Полису обавезног осигурања запослених од повреде на раду са списком запослених |
| **3\*** | Да ли водите Евиденције прописане Правилником о евиденцијама у области БЗР ? |  | СВЕ евиденције прописане Правилником, уредно потписане од стране одговорног лица у Вашој компанији (за стране компаније не треба) |
| **4\*** | Да ли имате Програм обука за запослене? |  | Програм оспособљавања запослених, са темама, односно називима областииз којих се спроводе обуке у вашој компанији |
| **5\*** | Да ли су извршене Пријаве у ПИО за све запослене у вашој компанији? |  | Доставити М1 обрасце за запослене који ће бити ангажовани током Уговора (за стране компаније не треба) |
| **6\*** | Да ли имате Евиденцију обука из ЗОП? |  | Доставити евиденцију о извршеној обавезној обуци запослених из области Заштите од пожара |
| **7\*** | Да ли водите Евиденцију запослених оспособљених за пружање Прве помоћи? |  | Доставити евиденцију о извршеној обавезној обуци запосленихиз области Прве помоћи (за сво надзорно особље + 2% запослених) |
| **8\*** | Да ли је запосленима додељена на коришћење ЛЗО дефинисана Актом о процени ризика? |  | Доставити евиденцију о задуженој ЛЗО као и извод из Акта о процени ризика како би могла да се изврши контрола доказа |

* 1. *.****За извођаче СРЕДЊЕГ И ВИСОКОГ ризика:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Питање** | Да / Не | **Као доказ доставити:** |
| **9** | Да ли имате Програм обука запослених по радним местима (Матрица обука) |  | Програм обука запослених, односно Матрицу обука по радним местима у смислу да се јасно види које су обуке потребне за конкретно радно место. |
| **10** | Да ли у вашој компанији постоји усвојен Правилник о БЗР (HSE) |  | Правилник о БЗР (HSE) или други документ који прописује на који начин је успостављен систем управљања безбедношћу и здрављем на раду као и Улоге и одговорности запослени. |
| **11** | Да ли поседујете сертификат ИСО 9001 (за извођече који маниполишу храном ХАЦЦП) |  | Доставити важећи сертификат о имплементираном стандарду контроле квалитета ИСО 9001 или за извођече који маниполишу храном ХАЦЦП |
| **12** | Да ли имате јасно дефинисану HSE (БЗР) политику? |  | Доставити примерак HSE политике као и објашњење на који начин је иста представљена запосленима у вашој компанији |
| **13** | Да ли у вашој компанији постоји јасно дефинисина Политика о коришћењу алкохола и осталих психоактивних супстанци)? |  | Доставити Политику, Одлуку или други документ који одражава став ваше компаније у вези забране коришћења и рада под утицајем алкохола и других психоактивних супстанци |
| **14** | Да ли имате успостављен Систем управљања ризицима (систем ДЗР, непосредна процена ризика) |  | Доставити правилник, процедуре, стандард који прописује на који начин се у вашој компанији управља високоризичним активностима |
| **15** | Да ли имате дефинисане Оперативне процедуре и Упутства за безбедан рад? |  | Доставити списак оперативних процедура које прописују поступке приликомобављања рутинских активности, списак упутстава за безбедан рад као и доказ да су запослени упознати са процедурама и упутствима који се односе на њих. |
| **Минимум за позитивну оцену представља достава четири доказа (од тражених седам), по избору Извођача. За сваки наредни доказ(пети, шести…) добијате додатне поене.** | | | |

* 1. ***За извођаче ВИСОКОГ ризика:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Питање** | Да / Не | **Као доказ доставити:** |
| **16** | Да ли имате Успостављен систем за управљање извођачима / подизвођачима (**ОБАВЕЗАН** за Извођаче који у посао улазе са својим Извођачима) |  | Процедуру којом се управља радом запослених Извођача |
| **17** | Да ли имате Успостављен систем праћења HSE (БЗР) перформанси (опсервације, надзорне посете..) |  | Пример записника о контроли запослених током обављања радних активности |
| **18** | Да ли имате имплементиран ОХСАС 18001 |  | Важећи сертификат о имплементираном стандарду контроле квалитета ОХСАС 18001, као и уверење о интерним аудиторима за проверу система квалитета од стране запослених |
| **19** | Да ли имате имплементиран ИСО 14001 |  | Важећи сертификат о имплементираном стандарду контроле квалитета ИСО 14001 |
| **20** | Да ли имате успостављен систем истраге HSE догађаја? |  | Процедуру којом се истражују HSE догађаји |
| **21** | Да ли Ваша компанија има установљен систем за праћење здравственог стања запослених, у погледу идентификованих опасности и штетности којима могу да буду изложени? |  | Анализу здравственог стања запослених за претходну годину |
| **22** | Да ли имате имплементиран неки други ИСО стандард контроле квалитета (27001, 50001,…) |  | Важећи сертификат о имплементираном стандарду контроле квалитета |
| **23\*** | Да ли Ваша Компанија има именовано лице одговорно за управљање отпадом? |  | Решење о Именовању одговорног лица |
| **24\*** | Да ли ваша Компанија води дневне и годишње евиденције о количинама генерисаног отпада? |  | Доставити тражене евиденције(обавеза само за компаније које у свом раду генеришу отпад) |
| **25\*** | Да ли Ваша Компанија има процедуре за управљање отпадом и опасним материјама/хемикалијама? |  | Процедуре за управљање отпадом и опасним материјама/хемикалијама |
| **26\*** | Да ли су Ваши запослени који обављају послове са опасним отпадом или опасним материјама/хемикалијама обучени за рад са овим матeријама? |  | Доказе о обучености запослених који обављају послове са опасним отпадом или опасним материјама/хемикалијама |
| **Минимум за позитивну оцену представља достава три доказа (од тражених седам, редни бројеви питања од 16 до 22), по избору Извођача. За сваки наредни доказ(четврти, пети, шести…) добијате додатне поене.** | | | |
| **\*Захтеви од 23 до 26 су ОБАВЕЗНИ за Извођаче који имају успостављен систем квалитата ИСО 14001 као и за Извођаче који се пријављују за активности из области Заштите животне средине (ЗЖС).** | | | |

* 1. **HSE Признања и Достигнућа компаније**

|  |  |
| --- | --- |
| **HSE Признања/Достигнућа** | **Навести основне податке о признању** |
| Признања |  |
| Награде (Компанији) |  |
| Награде (Запосленима) |  |
| Лице одговорно за HSE |  |
| **Обезбедити доказе прилагањем одговарајућих елемената/докумената** | |

1. **Остале битне информације**

Уколико поседујете било какве додатне информације, а које би могле да нам помогну у поступку процене Ваших способности да радите ефикасно са аспекта HSE, односно безбедно и еколошки прихватљиво, молимо Вас да их додатно приложите.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 1. **Остало/Додатна Документација** | **Да** | **Не** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 1. … |  |  |
| **Обезбедити доказе прилагањем копија записа/докумената.** | | |

1. **Безбедности и здрављу на раду**

Акт о процени ризика донет је \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_. (навести датум у формату дд.мм.гггг.)

Ревизија Акта о процени ризика извршена је (планирана је за) \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_. (дд.мм.гггг.)

**Овлашћено/именовано Лице за БЗР:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(навести име, презиме и ЈМБГ Лица за БЗР)

**Поседује стручни испит о практичној оспособљености за обављање послова БЗР**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(број уверења, датум издавања)

**Навести чланове Одбора за БЗР (уколико постоји): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(навести име, презиме и функцију)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(навести име, презиме и функцију) (навести име, презиме и функцију)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(навести име, презиме и функцију) (навести име, презиме и функцију)

1. **Услови**

Сви Извођачи, Подизвођачи и њихови запослени морају поштовати HSE захтеве НИС а.д. Нови Сад:

* Политика HSE;
* Златна HSE правила,
* Интерна правила из области БЗР, ЗЖС, ЗОП;
* Захтеве управљања нежељеним догађајима из области БЗР, ЗЖС и ЗОП;
* Захтеве интерних стандарда НИС а.д. Нови Сад;
* Правила за безбедан рад на терену/локацији;
* Специфична правила и захтеве у вези посебних пројекта;
* Захтеве и санкције дефинисане основним Анексом HSE.

Као представник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(пун назив компаније као што је евидентирано у АПР Решењу)

слажем се у име Извођача као и у име свих запослених код наших Подизвођача да ћемо поштовати захтеве/препоруке издате од стране НИС а.д. Нови Сад. Компанија НИС а.д Нови Сад не сноси одговорност за инциденте и акциденте настале током Активности Извођача/Подизвођача.

Потписао у име Извођача:

Пуно име и презиме Представника Извођача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потпис:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**М.П**

Датум: \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_. године (дд/мм/гггг)

\*Напомена: Поља попуњавају Администратор набавке и Лице зa HSE, односно одговорно лице у НИС а.д. Нови Сад, са циљем констатовања комплетности и валидности документације са аспекта HSE.

*Напомена/белешка\**

*Одговорно лице НИСа.д. Нови Сад*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(функција, име и презиме – (читко, штампано), потпис))*

*Одговорно лице НИСа.д. Нови Сад*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(функција, име и презиме – (читко, штампано), потпис))*

*Мишљење о достављеној документацији потенцијалног Извођача\**

*Лице за HSE*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(функција, име и презиме – (читко, штампано), потпис))*

Доставити:

1. Стручњак за набавку
2. Лицу за надзор Извођача
3. Лицу за HSE
4. Архиви