

**Rekvalifikační formulář pro dodavatele****Podrobnosti o dodavateli**

Název:

IČO:

Adresa:

Telefon:

Incidenty**Datum prvotní kvalifikace dodavatele:**Ke kolika smrtelným úrazům došlo ve vaší společnosti za poslední 3 roky? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ≥4

	Rok _____	Rok _____	Rok _____
Total Recordable Case Rate (za poslední 3 roky) Míra úrazovosti: $\text{Rate} = \frac{\text{Počet pracovních úrazů} \times 200,000}{\text{Celkový počet odpracovaných hodin (vlastní+externí zaměstnanci)}}$ Počet pracovních úrazů x vynásobený 200 000, pak dělený celkovým počtem hodin odpracovaných za rok (včetně vlastních i externích zaměstnanců vaší společnosti). Vyplňuje se za poslední tři roky.			
Lost Workday Case Rate (za poslední 3 roky) Míra závažnosti: $\text{Rate} = \frac{\text{Celk. počet prac. úrazů s pracovní neschopností} \times 200,000}{\text{Celkový počet odpracovaných hodin (vlastní + externí zaměstnanci)}}$ Celkový počet pracovních úrazů s pracovní neschopností x vynásobený 200 000, pak dělený celkovým počtem odpracovaných hodin za rok (včetně vlastních i externích zaměstnanců vaší společnosti). Vyplňuje se za poslední tři roky.			

Došlo k nějakým regulačním opatřením (státní úřady apod.) proti vaší společnosti, která by mohla mít dopad na bezpečnost, zdraví, životní prostředí a kvalitu plánovaných úkolů/prací v závodech Linde?

☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, vysvětlíte prosím:

Jsou k dispozici aktuální kopie dokumentace o pojištění pro zemi/oblast? ☐ Ano ☐ Ne



NEPIŠTE POD TENTO ŘÁDEK

Přezkum pozorování bezpečnostního dohledu dodavatele z předchozího roku.

- ☐ SHEQ nebo odpovědný manažer – schváleno
☐ SHEQ nebo odpovědný manažer – neschváleno

Recenze provedená zástupcem Linde:

Jméno:

--

Název pracovní
pozice / funkce:

--

Podpis:

--

Datum
(dd/mm/rrrr):

--