**POROZUMIENIE**

**o współpracy pracodawców**

**w sprawie zapewnienia pracownikom bezpieczeństwa i higienicznych warunków pracy**

**oraz o ustanowienia koordynatora do spraw bhp i ppoż.**

zawarte w dniu ……………….. roku w Kole

Na podstawie przepisów art. 208 Kodeksu Pracy zawiera się porozumienie o współpracy pomiędzy następującymi pracodawcami:

1. Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Kole z siedzibą przy   
   ul. Księcia Józefa .Poniatowskiego 25 62-600 KOŁO zarejestrowanym w Krajowym rejestrze Sądowym pod numerem KRS 0000034754 NIP: 666-18-89-172 reprezentowanym przez Dyrektora ……………………………….

zwanym dalej **Szpitalem**

1. ……………………………………………………………….

zwanym w treści umowy **Pracodawcą**.

**§ 1**

Pracodawca stwierdza, że jego pracownicy wykonują jednocześnie pracę w tym samym miejscu tj. w budynkach i na terenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kole przy ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 25.

**§ 2**

1. Pracodawca oraz Szpital ustalają koordynatora do spraw bhp i ppoż. oraz zlecają koordynatorowi realizację w ich imieniu zadań, o których mowa w § 6.
2. Koordynatorem do spraw bhp/ppoż. jest ………………………………………….
3. Pracodawca zobowiązuje się współpracować ze Szpitalem oraz z koordynatorem do spraw bhp i ppoż. w celu zapewnienia pracownikom pracującym w budynkach Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kole bezpiecznej i higienicznej pracy.
4. W razie zaistnienia wypadku przy pracy pracownika Pracodawcy ustalenie okoliczności i przyczyn wypadku dokonuje zespół powypadkowy powołany przez zakład pracy poszkodowanego pracownika.
5. Wyznaczenie koordynatora do spraw bhp i ppoż. nie zwalnia Pracodawcy z obowiązku zapewnienia swoim pracownikom bezpieczeństwa i higieny pracy i przestrzegania przepisów ppoż.
6. Pracodawca odpowiada odrębnie za stosowanie przepisów bhp i ppoż. przez podległych pracowników.

**§ 3**

1. Pracodawca odpowiada za stosowanie przepisów w zakresie bhp i ppoż. przez podległych pracowników, a w szczególności za:

* wyznaczenie osoby lub osób organizujących i nadzorujących prace, które zgodnie z art. 212 Kodeksu Pracy będą dbały o zachowanie właściwego stanu bhp przy wykonywanych pracach,
* imienne określenie osób organizujących i nadzorujących prace,
* zapoznanie pracowników z przepisami BHP,
* przeszkolenie pracowników z zakresu instrukcji przeciwpożarowej obowiązującej na terenie budynków Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kole oraz poinformowanie o wykonywaniu działań w zakresie zwalczania pożarów   
  i ewakuacji pracowników w porozumieniu z koordynatorem bhp i ppoż.,
* poinformowanie pracowników o osobach wyznaczonych do udzielania pierwszej pomocy,
* poinformowanie pracowników o zagrożeniach dla bezpieczeństwa i zdrowia podczas pracy na terenie budynków Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kole
* przebywanie podległych pracowników tylko w tych obszarach budynków, które zostały im udostępnione do wykonania przedmiotu umowy,
* wyposażenie pracowników w ubiór ochronny oraz sprzęt niezbędny do wykonywania pracy, posiadający wymagane atesty,
* niezwłoczne odsunięcie od pracy pracownika zatrudnionego przy pracach, do których nie posiada odpowiednich uprawnień,
* informowanie osoby nadzorującej wykonywane prace o zagrożeniu dla życia lub zdrowia ludzkiego i podjęcie działania zmierzającego do usunięcia tego zagrożenia przy współpracy z odpowiednimi służbami Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kole.

1. Podstawą dopuszczenia pracowników do prac jest:

* spełnienie wymagań określonych w ust. 1.
* posiadanie obowiązujących profilaktycznych badań lekarskich oraz w przypadku wykonywania prac na wysokościach odpowiednich badań,
* uprzednie odbycie z pracownikami wymaganych szkoleń w zakresie bhp,
* posiadanie przez pracowników środków indywidualnej ochrony, odzieży i obuwia roboczego,
* wyposażenie pracowników w sprawny sprzęt, posiadający wymagane atesty (np. drabiny, rusztowania).

1. Pracodawca oświadcza, że pracownicy zatrudnieni u niego, wykonujący pracę na terenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kole spełniają wymagania wymienione w ust. 1 oraz w ust. 2. i zobowiązują się przekazać do wglądu na wniosek koordynatora dokumentację potwierdzającą spełnienie wymagań.

**§ 4**

* 1. Obowiązkiem Pracodawcy jest pisemne przekazanie koordynatorowi do spraw bhp i ppoż.:
* nazwy firmy Pracodawcy, adresu jego siedziby, telefonu, maila,
* czasu trwania umowy z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej   
  w Kole
* rodzaju i miejsca wykonywanych prac,
* wykazu pracowników, którzy będą wykonywać prace oraz dane osoby nadzorującej ich pracę ( imię i nazwisko pracownika, stanowisko),
* rejestru wypadków w pracy, chorób zawodowych dotyczących pracy w SPZOZ w Kole
* wyznaczenia osoby do kontaktu we wszystkich sprawach zawartych w porozumieniu   
  o współpracy pracodawców w sprawie zapewnienia pracownikom bezpiecznych   
  i higienicznych warunków pracy,
* udostępnienia koordynatorowi niezbędnej do koordynowania w zakresie bhp i ppoż dokumentacji dotyczącej bhp i ppoż np. oceny ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy, zakresu przeprowadzonych badań lekarskich, przydziału odzieży roboczej itp.
  1. Pracodawca ma obowiązek informowania koordynatora do spraw bhp i ppoż.   
     o planowanym terminie realizacji prac pożarowo niebezpiecznych, nie później niż na jeden tydzień przed ich rozpoczęciem.
  2. Pracodawca odpowiada za bezpieczeństwo wszystkich pracowników zewnętrznych wykonujących pracę na ich zlecenie na terenie SPZOZ w Kole.
  3. Pracodawca jest zobowiązany do bieżącego aktualizowania informacji, o których mowa w ust. 1 w formie pisemnej.

**§ 5**

Do obowiązków i uprawnień koordynatora do spraw bhp i ppoż. należy:

* współpraca ze służbami bhp i ppoż. Pracodawców,
* ustalanie sposobu nadzoru bhp w poszczególnych firmach wykonujących jednocześnie pracę w tym miejscu,
* przegląd zabezpieczeń ppoż. na stanowiskach pracy pracowników Pracodawców,
* przeprowadzanie kontroli w trakcie wykonywania prac dotyczących przestrzegania zasad, przepisów bhp i ppoż. na stanowiskach pracy,
* informowanie pracodawców, osoby kierujące pracownikami oraz służby bhp pracodawców o stwierdzonych zagrożeniach i uchybieniach w zakresie ppoż. oraz o stwierdzonych zagrożeniach wypadkowych oraz uchybieniach w zakresie bezpieczeństwa i ochrony ppoż.,
* sygnalizacje w zakresie poprawy warunków pracy oraz przestrzegania przepisów   
  i zasad bhp oraz ochrony przeciwpożarowej,
* występowanie do Pracodawców / osób kierujących pracownikami o niezwłoczne odsunięcie od pracy pracownika, który nie przestrzega przepisów ppoż i swoim zachowaniem lub sposobem pracy stwarza bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia innych osób,
* występowanie do Pracodawców / osób kierujących pracownikami o niezwłoczne odsunięcie od pracy pracownika zatrudnionego przy pracach wzbronionych,
* występowanie do Pracodawców o niezwłoczne wstrzymanie pracy maszyn lub urządzeń przy stwierdzeniu zagrożenia życia lub zdrowia innych osób podczas wykonywania prac pożarowo niebezpiecznych,
* Występowanie do Pracodawców z zaleceniem usunięcia stwierdzonych zagrożeń wypadkowych i uchybień w zakresie bhp i ppoż.,
* koordynowanie realizacji zadań zapobiegających zagrożeniom bezpieczeństwa pracy i/lub bezpieczeństwa pożarowego obiektów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kole,
* koordynowanie działań zapewniających przestrzeganie podczas wykonywania prac zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów przeciwpożarowych.

**§ 6**

1.Z tytułu realizacji porozumienia Pracodawca jest obowiązany do pokrycia kosztów związanych z wynagrodzeniem dla koordynatora w następującej wysokości: **100,00 zł/brutto miesięcznie**.

2. Wyżej określona kwota będzie płatna miesięcznie z góry na podstawie faktury wystawionej przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kole. Strony dopuszczają możliwość kompensaty wzajemnych rozliczeń.

**§ 7**

Wszystkie zmiany do treści niniejszego porozumienia dokonywane będą w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 8**

Porozumienie wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje od dnia …………….. roku na czas nieokreślony. Z chwilą zakończenia współpracy Pracodawcy z SPZOZ w Kole niniejsze porozumienie wygasa.

**SPZOZ w Kole: Pracodawca:**

……………….. ………………….

**Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka na podstawie umowy nr POIG.02.03.02-00-021/09 zawartej 14.10.2009 r.**

**Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka na podstawie umowy nr POIG.02.03.02-00-021/09 zawartej 14.10.2009 r.**