**Vážený klient,**

prosím vyplňte údaje vo formulári čo najpodrobnejšie, pre stanovenie orientačnej cenovej ponuky na zabezpečovanie činností pracovnej zdravotnej služby. V prípade akýchkoľvek otázok kontaktuje obchodné oddelenie *(tel. číslo: 041/507 15 22, email: czakoova@krankas.sk)*.

|  |
| --- |
| **Identifikačné údaje zamestnávateľa** |
| **Názov spoločnosti** |  |
| **Sídlo spoločnosti** |  |
| **IČO** |  |
| **DIČ** |  |
| **IČDPH** |  |

|  |
| --- |
| **Kontakty** |
| **Štatutárny zástupca** |  |
| **Kontaktná osoba** | meno |  |
| telefónne číslo |  |
| email |  |

|  |
| --- |
| **Charakteristika spoločnosti** |
| **Predmet spoločnosti** |  |
| **Prevádzky *(mimo sídla spoločnosti)*** |
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |
| **Celkový počet zamestnancov v spoločnosti** |  |
| **pracovisko/prevádzka** | **profesia** | **počet zamestnancov** | **z toho žien** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Riziká vyhlásené príslušným Regionálnym úradom verejného zdravotníctva *(ak také sú)*** |
| **rizikový faktor** | **kategória rizika*****(3 alebo 4)*** | **počet zamestnancov** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |