

**Załącznik Nr 5**

**do umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia  
zdrowotne z dnia \_\_\_\_\_**

**Przyjmujący Zamówienie**

\_\_\_\_\_

***Oświadczenie dotyczące zagrożeń i ryzyka zawodowego związanego  
z wykonywanymi czynnościami na stanowisku pracy***

Oświadczam, że **znam przepisy i zasady BHP**, które zapewniają wykonanie zleconej mi pracy w sposób bezpieczny dla siebie i innych oraz że zostałem zapoznany z zagrożeniami i ryzykiem zawodowym związanym z wykonywanymi czynnościami na moim stanowisku pracy. Przyjmuję do wiadomości zakres i rolę wdrożonych do stosowania środków zapobiegawczych. Jestem świadom, że niestosowanie wdrożonych środków zapobiegawczych powoduje wzrost ryzyka zawodowego - zwiększa prawdopodobieństwo zaistnienia wypadku czy choroby zawodowej.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis)