



DELEGACION EUROPREVEN
VILLENA.965340625.
gerenciadf@europreven.es
Servicio de Prevención
de Riesgos Laborales

FECHA

____/____/____

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

PROCEDENCIA

Alianza Colaborador Comercial Grupo OTP Cliente Final Otros:

Procedencia: (Nombre/razón social)

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL: _____

C.I.F.: _____

ACTIVIDAD: _____

CNAE 2009: _____

MUTUA _____

Nº Trabajadores.: _____

Dirección Social: _____

Localidad: _____

C.P.: _____

Persona de contacto _____

Teléfono : _____

Móvil: _____

Fax: _____

Convenio
Colectivo

e-mail: _____

CENTROS DE TRABAJO /EMPRESAS DEL GRUPO

Dirección /Población /Provincia

Nº Trab.

ACTIVIDAD /CNAE 2009

.....

SERVICIOS OFRECIDOS

SERVICIO INTEGRAL (SEG/HIG/ERG/PSI/VIG)

ESPECIALIDADES TÉCNICAS

Seguridad en el Trabajo

Higiene Industrial

Ergonomía/ Psicología

Vigilancia de la Salud

Reconocimientos: Clínica

Unidad Móvil

SERVICIO FORMACIÓN indicar curso:

ACTIVIDADES PUNTUALES DE PREVENCIÓN; Documento de protección contra explosiones (ATEX) Evaluación de Riesgos- Plan de autoprotección -Plan de Seguridad y salud -Adecuación Equipos de Trabajo al RD. 1215 -Investigación y análisis de accidentes – Mediciones higiénicas- Otros

(Indicar) .

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS Consejero de Seguridad ADR para MM.PP. – Protección de Datos de Carácter Personal – Certificación de Máquinas – Asesoría Jurídica - Otros

(indicar)

¿Han tenido en los últimos 12 meses inspecciones de trabajo por motivos de seguridad y salud? SI NO - Fecha. / /

¿Han sufrido algún accidente grave, muy grave o con resultado de fallecimiento algún trabajador de la empresa de la E.T.T. o de empresas contratistas o subcontratistas en el último año?. SI NO - Fecha. / /

En caso afirmativo enviar documentación.

OBSERVACIONES

Envío de oferta: Fax Correo Electrónico Visita