



## Koronawirus

### Formularz informacyjny dla gości

Dla firmy BorgWarner bardzo ważne jest zdrowie i bezpieczeństwo pracowników oraz wszystkich gości odwiedzających jej zakłady. W związku z tym podejmujemy odpowiednie środki ostrożności zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Środki te mają pomóc firmie BorgWarner w zmniejszeniu ryzyka ekspozycji na koronawirusa w związku z jego światową epidemią, znanego również jako COVID-19. Państwa pomoc ma kluczowe znaczenie dla podejmowanych przez nas działań w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa.

Do środków prewencyjnych wprowadzonych w firmie BorgWarner należy obowiązek noszenia maseczki ochronnej zasłaniającej nos i usta, jeśli nie można uniknąć kontaktu z innymi osobami bądź zachować wymaganego bezpiecznego odstępu 2m. Każda osoba musi posiadać własną maseczkę ochronną, ponieważ firma BorgWarner nie udostępnia maseczek.

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania oraz noszenie maseczki ochronnej zasłaniającej usta i nos, aby lepiej chronić swoje zdrowie i bezpieczeństwo oraz zdrowie i bezpieczeństwo wszystkich innych osób. Firma BorgWarner zastrzega sobie prawo do odmowy wstępu na podstawie odpowiedzi udzielonych na poniższe pytania oraz w razie braku własnej maseczki ochronnej.

Wszystkie informacje zebrane w niniejszym formularzu będą przechowywane zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.  
Z góry dziękujemy za współpracę!

Imię i nazwisko gościa: \_\_\_\_\_

Firma, pracodawca gościa: \_\_\_\_\_

Telefon komórkowy gościa: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby kontaktowej w BorgWarner \_\_\_\_\_

Zakład BorgWarner: \_\_\_\_\_



Poprzez własnoręczny podpis potwierdzam, że poniższe odpowiedzi są prawidłowe i zgodne z prawdą:

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni kalendarzowych podróżowałeś(-aś) do kraju, dla którego agencja CDC ogłosiła ostrzeżenie 3. stopnia?

Tak  Nie

2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni kalendarzowych miałeś(-aś) kontakt fizyczny z osobą, która podróżowała do kraju, dla którego agencja CDC ogłosiła ostrzeżenie 3. stopnia?

Tak  Nie

3. Czy w ciągu ostatnich 14 dni kalendarzowych miałeś(-aś) kontakt z osobą lub opiekowałeś(-aś) się osobą, u której zdiagnozowano wirusa COVID-19?

Tak  Nie

4. Czy w ciągu ostatnich 14 dni kalendarzowych miałeś(-aś) jakiegokolwiek objawy przeziębienia lub grypy, np. gorączkę, ból gardła, kaszel lub trudności z oddychaniem?

Tak  Nie

Data i podpis gościa:

---

Posiadanie własnej maseczki: Tak  Nie

Wstęp: Zgoda  Odmowa

Data i podpis portierni/recepcji: