**ANKIETA**

**KATEGORIA: Zdrowie**

1. **INFORMACJE O FIRMIE I ZATRUDNIENIU**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Firmy |  |
| Data rozpoczęcia działalności w Polsce |  |
| Całkowita liczba zatrudnionych wg stanu na dzień wypełnienia ankiety |  |
| Data wypełnienia ankiety |  |
| Osoba kontaktowa (wysyłająca ankietę) |  |
| Mail osoby kontaktowej |  |
| Tel. osoby kontaktowej |  |

1. **INFORMACJE O PROGRAMACH ZDROWOTNYCH**
2. Do jakich programów zdrowotnych mają w chwili obecnej dostęp pracownicy Państwa firmy?

|  |
| --- |
| **Max 3000 znaków ze spacjami** |

1. Czy pracownicy mają zapewnioną dodatkową opiekę medyczną?

|  |
| --- |
| **Max 2000 znaków ze spacjami** |

1. Czy pracownicy, których najbliżsi znajdują się w ciężkiej sytuacji życiowej (np. choroba) mogą liczyć na wsparcie firmy? Jakie?

|  |
| --- |
| **Max 2000 znaków ze spacjami** |

1. W jakim zakresie firma pokrywa koszt programów zdrowotnych?

|  |
| --- |
| **Max 1000 znaków ze spacjami** |

1. Czy Firma realizuje programy zdrowotne skierowane na zewnątrz firmy?

|  |
| --- |
| **Max 2000 znaków ze spacjami** |

**III. NAGRODY I WYRÓŻNIENIA**

Czy firma w ostatnim 10-leciu uzyskała nagrody/wyróżnienia w konkursach i rankingach z zakresu CSR lub ESG?

Jeśli tak – prosimy wymienić - **Max 2000 znaków ze spacjami**

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

Dodatkowe informacje dla Kapituły Konkursu

|  |
| --- |
| **Max 2000 znaków**  **ze spacjami** |