

1. DANE ORGANIZACJI:					
Nazwa (zgodnie z dokumentem rejestrowym):					
Adresy:		kod pocztowy miejscowość	Ulica i nr posesji	województwo	
Rejestrowy (do fakturowania):					
Podstawowego miejsca prowadzonej działalności:					
Do korespondencji:					
NIP:	KRS:	REGON:	tel.:	fax:	email: http://www.
Przedstawiciel kierownictwa (osoba/osoby odpowiedzialne za koordynację systemu zarządzania / osoba do kontaktu):					
Imię, nazwisko:		Stanowisko:	tel.:	fax:	email:
2. PODSTAWA CERTYFIKACJI: (prosimy zaznaczyć odpowiednio)*					
<input type="checkbox"/> PN-EN ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015)		<input type="checkbox"/> PN-EN ISO 13485:2016 (ISO 13485:2016)			
<input type="checkbox"/> PN-EN ISO 14001:2015 (ISO 14001:2015)		<input type="checkbox"/> PN-EN 15224:2017 (EN 15224:2016)			
<input type="checkbox"/> EMAS		<input type="checkbox"/> PN-EN ISO 22716:2009 (ISO 22716:2007)			
<input type="checkbox"/> PN-N-18001:2004		<input type="checkbox"/> IATF 16949:2016			
<input type="checkbox"/> ISO 45001:2018		<input type="checkbox"/> PN-EN ISO 50001:2012 (ISO 50001:2011)			
<input type="checkbox"/> OHSAS 18001:2007		<input type="checkbox"/> ISO 50001:2018			
<input type="checkbox"/> PN-EN ISO 22000:2006 (ISO 22000:2005)		<input type="checkbox"/> PN-EN 61340-5-1:2017 (EN 61340-5-1:2016)			
<input type="checkbox"/> PN-EN ISO 22000:2018 (ISO 22000:2018)		<input type="checkbox"/> PN-EN 17100:2015 (ISO 17100:2015)			
<input type="checkbox"/> FSSC 22000 v.4.1, 2017		<input type="checkbox"/> PN-EN ISO 3834-2,3,4:2007 (ISO 3834-2,3,4:2005)			
<input type="checkbox"/> PN-EN ISO/IEC 27001:2017 (ISO/IEC 27001:2013)		<input type="checkbox"/> PN-ISO 37001:2017 (ISO 37001:2016)			
<input type="checkbox"/> ISO 22301: 2012		<input type="checkbox"/> Inna:			
<input type="checkbox"/> Czy certyfikacja dotyczy zintegrowanego systemu zarządzania (w celu spełnienia wymagań więcej niż jednej normy)? Jeżeli integracja ma miejsce, to prosimy zaznaczyć „X”.					
Integracja odnosi się do: dokumentacji <input type="checkbox"/> , przeglądów zarządzania <input type="checkbox"/> , auditów wewnętrznych <input type="checkbox"/> , polityki i celów <input type="checkbox"/> , doskonalenia <input type="checkbox"/> i innych elementów systemu <input type="checkbox"/> .					
3. ZAKRES CERTYFIKACJI, DZIAŁALNOŚCI OBJĘTE SYSTEMEM ZARZĄDZANIA: (produkowane wyroby lub usługi świadczone na rzecz klientów zewnętrznych zgodnie z opisem w dokumencie opisującym zakres systemu zarządzania organizacji i dokumentów rejestrowych Organizacji, w powiązaniu z Polską Klasyfikacją Działalności Gospodarczej - PKD (wg tabeli z 2007 r.) lub Europejskiej Klasyfikacji Działalności Gospodarczej - NACE):					
Uwaga: elementy zakresu (podawane w ramach jednego kodu PKD/NACE:), wpisany zakres działalności będzie stanowił podstawę do wstępnego określenia zakresu certyfikacji (4 cyfry wraz z ewentualnym uzupełnieniem literowym, np. 24.43.Z).					PKD/NACE:
1.					
2.					
4. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA:					
A. Całkowita liczba stałych pracowników w obszarze objętym systemem zarządzania (w przeliczeniu na pełne etaty- średniorocznie, w przypadku BHP- w przeliczeniu na pełne etaty zazwyczaj obecnym w szczycie sezonu- w przypadku sezonowości pracy):		B. Liczba pracowników kontraktowych , na umowę zlecenie, umowę o dzieło i czasowych (w przeliczeniu na pełne etaty- średniorocznie):		C. Liczba pracowników podwykonawców realizujących procesy podstawowe w siedzibie organizacji (w przeliczeniu na pełne etaty- średniorocznie):	
Liczba zmian:		Czy kolejne zmiany realizują podobne działania jak pierwsza?:	<input type="checkbox"/> TAK/ <input type="checkbox"/> NIE	Czy nadzór na kolejnych zmianach jest podobny do pierwszej:	<input type="checkbox"/> TAK/ <input type="checkbox"/> NIE
Liczba pracowników pracujących na pierwszej zmianę:		Liczba pracowników organizacji, która pełni podobne, proste funkcje, (pracownicy biurowi , pracownicy produkcyjni: , pracownicy służb pomocniczych: , pracownicy wykonujący powtarzalne działania w certyfikowanych procesach:).			
Całkowita liczba pracowników: A+B+C:					
5. DANE DOTYCZĄCE ODDZIAŁÓW: Ilość oddziałów					
W przypadku gdy są oddziały (oddział - dodatkowe miejsce prowadzenia działalności przez organizację, poza siedzibą główną organizacji, w której organizacja wykonuje pracę lub świadczy usługę). Prosimy podać dane wg poniższej tabeli dla siedziby głównej oraz każdego oddziału:					
Lp.		Adres	Liczba pracowników (dla siedziby i oddziału- suma, patrz pkt 4)	Zakres certyfikacji (w powiązaniu z pkt 3)	

	Nazwa oddziału (stałego lub tymczasowego)		całkowita	realizujących proste/podobn e funkcje		Kod PKD/NACE dla danego elementu zakresu
1	Siedziba główna					
2	Oddział-					
3	Oddział-					

W przypadku więcej niż 3 oddziałów prosimy powyższą tabelę przedstawić w formie załącznika do wniosku.

6. WYŁĄCZENIA WYMAGAŃ NORM ODNIESIENIA/WYMGANIA, KTÓRE NIE MAJĄ ZASTOSOWANIA:

- dla wymagań normy PN-EN ISO 9001 (ISO 9001):
- dla wymagań normy PN ISO/IEC 27001 (ISO/IEC 27001) - dot. załącznika A:

7. STOSOWNE SZCZEGÓŁY WNIOSKUJĄCEJ ORGANIZACJI, WYMAGANE PRZEZ SPECYFICZNY PROGRAM CERTYFIKACJI:

- procesy i działania, zasoby ludzkie i techniczne, funkcje, powiązania (wymienić dokument w którym są opisane te elementy): patrz punkty 4 i 5 oraz wymienić dokument w którym są opisane pozostałe elementy:
- zobowiązania prawne: patrz załącznik do wniosku (o ile występuje), inne specyficzne zobowiązania (dla QMS):
- proszę wymienić podzlecane procesy stosowane przez organizację, które mogą oddziaływać na zgodność z wymaganiami:

8. PROSIMY ZAZNACZYĆ CHARAKTERYSTYCZNE CZYNNIKI DOTYCZĄCE DZIAŁALNOŚCI ORGANIZACJI ORAZ SYSTEMU ZARZĄDZANIA:

Czynniki zwiększające:

- Skomplikowana logistyka obejmująca więcej niż jeden budynek lub lokalizację, w których prowadzona jest działalność, np. konieczność auditowania samodzielnego Centrum Projektowania
- Personel mówiący więcej niż jednym językiem (co powoduje konieczność korzystania z tłumacza(-y) lub wyklucza możliwość prowadzenia niezależnych działań przez poszczególnych auditorów)
- Bardzo duży oddział w stosunku do liczby personelu (np. Ias)
- Duża liczba przepisów związanych z działalnością (np. żywność, lekarstwa, lotnictwo, energetyka jądrowa, itd.)
- System obejmuje bardzo złożone procesy lub stosunkowo dużą liczbę nietypowych działań
- Działania, które wymagają wizytowania oddziałów tymczasowych w celu weryfikacji działań w oddziale(-lach) stałym(-ych), którego(-ych) system zarządzania podlega certyfikacji
- Podzlecane funkcje lub procesy (tylko QMS)
- Działania uznawane za obciążone wysokim ryzykiem (tylko QMS)

Czynniki zmniejszające:

- Klient nie jest „odpowiedzialny za projektowanie” lub zakres nie obejmuje innych elementów normy (tylko QMS)
- Wcześniejsza znajomość systemu organizacji (np. już certyfikowanego wg innej normy przez Biuro Certyfikacji Systemów Zarządzania lub inną jednostkę certyfikacyjną - w przypadku przeniesienia certyfikacji)
- Bardzo mały oddział w stosunku do liczby personelu (np. wyłącznie kompleks biurowy)
- Gotowość klienta do certyfikacji (np. klient już jest certyfikowany lub uznany z zgodnie innym programem strony trzeciej)
- Wysoki poziom automatyzacji (nie ma zastosowania dla HSMS)
- Dojrzałość systemu zarządzania
- W składzie personelu znajdują się osoby pracujące „poza lokalizacją”, np. handlowcy, kierowcy, personel wykonujący usługi itd. oraz możliwe jest gruntowne auditowanie zgodności ich działań z systemem w formie przeglądu zapisów (nie ma zastosowania dla HSMS)
- Działania uznawane za obciążone niskim ryzykiem (procesy obejmujące podobne i powtarzalne działania, np. wyłącznie usługi, identyczne działania o niskiej złożoności wykonywane na wszystkich zmianach wraz z odpowiednimi dowodami potwierdzającymi równorzędne wyniki pracy na wszystkich zmianach, znaczna część personelu pełniącego podobną, prostą funkcję. Powtarzalne procesy w zakresie - pracownicy wykonujący powtarzalne działania) (nie ma zastosowania dla HSMS)

9. GOTOWOŚĆ DO CERTYFIKACJI:

(prosimy podać datę wdrożenia systemu: _____ i przewidywany termin certyfikacji (tydzień lub miesiąc): _____)

10. POSIADANE CERTYFIKATY SYSTEMU ZARZĄDZANIA:

Lp.	Nazwa organizacji wydającej	Nazwa i nr dokumentu (NORMY)	Data ważności

11. OPRACOWANIE I WDROŻENIE SYSTEMU ZARZĄDZANIA:

- siłami własnymi
- firma konsultingowa lub konsultant (nazwa firmy, nazwisko konsultanta): _____

12. Z JAKIEGO ŹRÓDŁA DOWIEDZIELI SIĘ PAŃSTWO O NAS:

<input type="checkbox"/> szkolenia	<input type="checkbox"/> kontakty indywidualne	<input type="checkbox"/> reklama w prasie	<input type="checkbox"/> materiały reklamowe
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> konferencje, targi	<input type="checkbox"/> firma doradcza	<input type="checkbox"/> inne

*) **Uwaga:** zastrzegamy sobie prawo poproszenia Państwa o dodatkowe informacje konieczne do sporządzenia oferty, w przypadku zaznaczenia innej normy (w punkcie 2) niż PN-EN ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015) wymagane są dodatkowe informacje (np. zawarte w przekazanym formularzu załącznika do wniosku).

13. Osoba upoważniona do złożenia wniosku:

[Redacted area]

<i>Imię, Nazwisko</i>	<i>stanowisko</i>	<i>data opracowania wniosku</i>	<i>e-mail</i>
-----------------------	-------------------	---------------------------------	---------------