Wszystkie dane traktowane są przez PCC-CERT (PCC) jako poufne.

Wypełniony wniosekproszę przesłać drogą elektroniczną lub pocztą do biura PCC:

**e-mail:** **biuro@pcc-cert.pl**

**PCC-CERT Sp. z o.o. Sp. K.**

**ul. Sportowa 29, 55-040 Kobierzyce**

# INFORMACJE DOTYCZĄCEORGANIZACJI ORAZ PROCESU CERTYFIKACJI

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa firmy |  |
| Adres siedziby(ulica, kod, miejscowość) |  |
| NIP |  |
| Dane kontaktoweTel, e-mail |  |
| Osoba upoważniona do zawierania umów | Imię i nazwisko e-mail: kom: |
| Osoba odpowiedzialna za system | Imię i nazwisko e-mail: kom: |
| Zakres certyfikacji (zakres działalności organizacji np. produkcja…) |  |
| Norma: |  | Audit | [ ] Certyfikujący/ [ ] Ponownej certyfikacji/ [ ] NadzoruI/ Nadzoru II |
| Norma: |  | Audit | [ ] Certyfikujący/ [ ] Ponownej certyfikacji/[ ] Nadzoru I/ Nadzoru II |
| Norma: |  | Audit | [ ] Certyfikujący/ [ ] Ponownej certyfikacji/ [ ] Nadzoru I/ Nadzoru II |
| Zintegrowane Systemy Zarządzania (ZSZ) | Czy dokumentacja systemu zarządzania jest zintegrowana?Czy przegląd jest wspólny dla ZSZ?Czy audity wewnętrzne są wspólne dla ZSZ? | Tak/NieTak/NieTak/Nie |
| Czy występują w Państwa organizacji wymagania normy niemające zastosowania (dotyczy certyfikacji systemu zarządzania jakością)? | [ ]  - TAK [ ]  - NIEJeżeli tak, to prosimy wymienić.: |

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba zatrudnionych *(razem z personelem sezonowym, tymczasowym, kontraktowym,* *pracującym poza siedzibą)* w przeliczeniu na pełne etaty. |  |
| Liczba pracowników wykonujących podobne czynności pracujących przy produkcji/usługach. |  |
| Liczba pracowników - kadra zarządzająca |  |
| Liczba zatrudnionych u podwykonawcy (jeżeli jego działalność jest objęta zakresem certyfikacji). |  |
| Liczba zmian |  |
| Wykaz lokalizacji objętych certyfikacją(nazwa, adres) | Zakres certyfikacji *jeśli inny dla lokalizacji* | Zatrudnienie |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Realizowane procesy*  |  |
| *Procesy zlecane na zewnątrz.* |  |
| *Zasoby techniczne (np. technologie, rodzaje maszyn)* |  |
| *Wymagania prawne dotyczące organizacji* |  |
| *Proponowany termin certyfikacji* |  |
| *Czy system zarządzania jest już certyfikowany?**(Jeżeli tak, to prosimy podać nazwę* *jednostki certyfikującej, adres,* *nr certyfikatu i rodzaj systemu)* | [ ]  - TAK [ ]  - NIE |
| *Czy podczas wdrażania systemu zarządzania firma korzystała z usług doradcy, konsultanta*? | [ ]  - TAK [ ]  - NIEJeżeli tak, to prosimy podać nazwę firmy, imię i nazwisko: |

|  |  |
| --- | --- |
| **DLA BHP** |  |
| *Kluczowe zagrożenia i ryzyka związane z procesami* |  |
| *Najważniejsze materiały niebezpieczne wykorzystywane w procesach* |  |
| *Istotne obowiązki prawne*  |  |

|  |
| --- |
| OSOBA WYPEŁNIAJĄCA KWESTIONARIUSZ (UPOWAŻNIONY PRZEDSTAWICIEL): \*Jeśli osoba wypełniająca jest spoza organizacji wymagane jest pisemne upoważnienie |
| Imię i nazwisko osoby wypełniającej: |  |
| Funkcja: |  |
| Data, Podpis: |  |

## [ ]  Wyrażam zgodę na przetwarzanie i profilowanie danych osobowych przez PCC-CERT sp . z o.o. sp. k. z siedzibą w Kobierzycach przy  ul. Sportowej 29 w celu przygotowania i przesyłania oferty oraz realizacji umowy.

## [ ]  Wyrażam zgodę na przetwarzanie i profilowanie danych osobowych przez PCC-CERT sp . z o.o. sp. k. z siedzibą w Kobierzycach przy  ul. Sportowej 29 w celu przesyłania treści marketingowych.

## Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres biuro@pcc-cert.pl.

# PRZEGLĄD WNIOSKU

**WYPEŁNIA PCC**

Na podstawie przeprowadzonego przeglądu informacji zawartych we wniosku (oraz ewentualnych informacji uzupełniających) stwierdzono, ze:

[ ]  - informacje uzyskane od Wnioskodawcy są wystarczające do przeprowadzenia certyfikacji

[ ]  - wymagania certyfikacyjne zostały dostarczone Wnioskodawcy

[ ]  - wszelkie różnice w rozumieniu zagadnień pomiędzy PCC a Wnioskodawcą zostały rozwiązane

[ ]  - PCC posiada kompetencje i możliwości przeprowadzenia certyfikacji

[ ]  - PCC wzięło pod uwagę zakres certyfikacji, lokalizację Wnioskodawcy, czas potrzebny do przeprowadzenia auditu, język, zagrożenia bezstronności

**BRANŻE :**

**DECYZJA - Certyfikacja wnioskodawcy:**

**[ ]  - Jest możliwa [ ]  - Nie jest możliwa**

Uzasadnienie, w przypadku nie możliwości przeprowadzenia certyfikacji

Data, Podpis: \_\_.\_\_.\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Data, Podpis\*: \_\_.\_\_.\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

\*dotyczy eksperta technicznego, gdy jest to wymagane