## WNIOSEK O CERTYFIKACJĘ\*) ZMIANA DANYCH KLIENTA\*)

## DANE KLIENTA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres Klienta | |  | | | Kod działalności (PKD) | | Nr Klienta: | |
| Dane Prezesa / Dyrektora | |  | | | | | | |
| Dane Pełnomocnika  telefon/ mail | |  | | | | | | |
| ***tel. mail:*** | | | | | | |
| Dane dotyczące zatrudnienia | | Liczba osób objętych systemem: | | | Liczba zmian w obszarze objętym systemem: | | | |
| Liczba osób na poszczególnych zmianach: | | | I zm. | II zm. | III zm. | |
| Organizacja posiada oddziały poza siedzibą Centrali:  NIE  TAK *(w przypadku zaznaczenia tego pola proszę wypełnić załącznik nr 1 do niniejszego Wniosku)* | | | | | | | | |
| Norma, w odniesieniu do której ma być prowadzona certyfikacja: | | | | | | | | |
|  | **ISO 22000:2005** | | | |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Zakres działalności do certyfikacji z podziałem na zmiany \*:** | | | | | | | | |
| I zmiana: | | | | II zmiana: | | | | |
| ***\**** Jeżeli więcej zmian – załączyć do wniosku wykaz procesów na zmianach | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Planowany termin auditu : | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| Ilość planów HACCP: | | | | | | | | |
| Ilość linii produkcyjnych :  Ilość wyrobów / grup wyrobów: | | | | | | | | |
| Czynniki związane z sezonowością realizacji procesów objętych zakresem certyfikacji: | | | | | | | | |
| Wykaz procesów podzlecanych na zewnątrz Organizacji: | | | | | | | | |
| Posiadane przez Organizację Klienta systemy zarządzania (np. ISO 9001, ISO 14001 i in.): | | | | | | | | |
| Opracowanie i wdrożenie systemu\*):  własnymi siłami  firma konsultingowa – imię i nazwisko konsultanta: ***………………..*** | | | | | | | | |
| Wykaz mających zastosowanie zobowiązań prawnych Organizacji:  ***-***  -  -  -  -  -  -  ***-***  -  -  -  -  - | | | | | | | | |
| Zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2135 ze zm.): informuję, iż  1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polska Izba Handlu Zagranicznego Certyfikacja Sp. z o.o. z siedzibą w 81-332 Gdynia, ul. H. Kołłątaja 1, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ VIII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000108093, posiadająca numer NIP 958-12-81-412 oraz numer REGON 191707620, reprezentowana przez: Prezesa PIHZ Certyfikacja – Pana Artura Szwocha.  2) Dane osobowe przetwarzane będą w celu przygotowania oferty na certyfikację systemu zarządzania, a w przypadku zawarcia umowy / zawartej umowy dla celów realizacji procesu certyfikacji i nadzoru nad systemem zarządzania.  3) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,  4) podanie danych osobowych jest dobrowolne.  Zgodnie art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2015 r. poz. 2135 ze zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celu przygotowania oferty na certyfikację systemu zarządzania, a w przypadku zawarcia umowy / zawartej umowy dla celów realizacji procesu certyfikacji i nadzoru nad systemem zarządzania. | | | | | | | | |
| Klient:    *IMIĘ I NAZWISKO PODPIS I PIECZĘĆ DATA* | | | | | | | | |

*\*) proszę zaznaczyć właściwe*

**Załącznik nr 1 do Wniosku**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa Oddziału | Adres Oddziału | Zakres działalności realizowany w Oddziale | Liczba osób  zatrud. |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |

**PRZEGLĄD WNIOSKU** *(sporządza PIHZ)***:**

|  |
| --- |
| **WYZNACZENIE OSÓB DO SPORZĄDZENIA PRZEGLĄDU WNIOSKU:**  **PIHZ CERTYFIKACJA – Ekspert FSMS:**  **AUDITOR:** |
| *Nazwisko PREZES Data* |

**ETAP I PRZEGLĄDU WNIOSKU – PIHZ CERTYFIKACJA:**

|  |
| --- |
| Informacje dotyczące wnioskującej organizacji i jej systemu zarządzania są wystarczające do przeprowadzenia auditu.  TAK NIE  UWAGI: |
| Wymagania certyfikacyjne są wyraźne zdefiniowane i udokumentowane oraz zostały dostarczone wnioskującej organizacji  TAK NIE |
| Wszystkie znane różnice w rozumieniu zagadnień pomiędzy jednostką certyfikującą a wnioskującą organizacją zostały rozwiązane  TAK NIE |
| PIHZ ma kompetencje i możliwości przeprowadzenia działalności certyfikacyjnej  TAK NIE |
| Wzięto pod uwagę zakres certyfikacji, o którą ubiega się wnioskodawca, lokalizację(-e) działalności wnioskującej organizacji, czas potrzebny do przeprowadzenia auditu oraz wszelkie inne elementy wpływające na działalność certyfikacyjną (język, warunki bezpieczeństwa, zagrożenia dla bezstronności, itp.)  TAK NIE |
| Decyzja: |
| weryfikacja POZYTYWNA wniosku weryfikacja NEGATYWNA wniosku |
| *Nazwisko Podpis Data* |

**ETAP II PRZEGLĄDU WNIOSKU – AUDITOR:**

|  |
| --- |
| Informacje dotyczące wnioskującej organizacji i jej systemu zarządzania są wystarczające do przeprowadzenia auditu  TAK NIE  UWAGI: |
| Zadeklarowane przez Klienta kody PKD są zgodne z zakresem działalności przekazanym do certyfikacji.  TAK NIE |
| PIHZ ma kompetencje i możliwości przeprowadzenia działalności certyfikacyjnej  TAK NIE |
| Decyzja: |
| weryfikacja POZYTYWNA wniosku weryfikacja NEGATYWNA wniosku |
| *Nazwisko Podpis Data* |

|  |
| --- |
| Kategoria/ kategorie związane z zakresem certyfikacji:  Auditor / zespół auditorów FSMS posiadający kompetencje dla w/w kategorii: |
| Decyzja w sprawie miejsca przeprowadzenia I etapu auditu certyfikacyjnego:    Etap I - |
| Osoba podejmująca decyzję w sprawie certyfikacji: |
| Auditowanie zmianowości:  TAK NIE  Uzasadnienie: |
| Ekspert FSMS:    *NAZWISKO PODPIS DATA* |
| PREZES:    *NAZWISKO PODPIS DATA* |