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

## DANE KLIENTA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres Klienta |  | Kod działalności (PKD) | Nr Klienta: |
| Dane Prezesa / Dyrektora |  |
| Dane Pełnomocnikatelefon/ 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 osóbzatrud. |
| **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* |