



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

**DANE KLIENTA**

Nazwa Klienta		Kod działalności wg PKD		Nr Klienta:			
Adres							
Dane Prezesa / Dyrektora							
Dane Pełnomocnika							
telefon/fax/email		<i>tel.</i>	<i>tel. / fax.</i>	<i>email:</i>			
Lp.	Nazwa oddziału/lokalizacji	Adres		Zakres certyfikacji		Liczba osób zatrud.	
1	Faktyczna lokalizacja objęta certyfikacją						
2	Oddział						
3	Oddział						
Dane dotyczące zatrudnienia		Liczba osób realizujących procesy w zakresie systemu zarządzania: (umowa o pracę, dzieło, zlecenie w przeliczeniu na etaty)					
		Liczba osób wykonujących funkcje uważane za powtarzalne: (wypełnić w przypadku, gdy wysoki procent personelu wykonuje działania/funkcje uważane za powtarzalne np. personel sprząający, pracownicy transportu, ochrony, handlowy, pracownicy call center w przeliczeniu na etaty)					
Dane dotyczące zmianowości:		Liczba zmian w obszarze objętym systemem:					
		Liczba osób na poszczególnych zmianach:		I zm.	II zm.	III zm.	
Norma, w odniesieniu do której ma być prowadzona certyfikacja + planowany termin auditu: <b>ISO 22000:2005</b>							
Zakres działalności do certyfikacji z podziałem na zmiany:*							
II zmiana			Nadzór nad procesami:	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
*Jeżeli więcej zmian – załączyć do wniosku wykaz procesów na zmianach							
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 2014 r. poz. 1182, 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 2014 r. poz. 1182 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



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

**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 wyraźnie 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

Efektywna liczba personelu:

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:

Osoba podejmująca decyzję w sprawie certyfikacji:

Auditowanie zmianowości:

TAK

NIE

Uzasadnienie:

Ekspert FSMS:

*NAZWISKO*

*PODPIS*

*DATA*

PREZES:

*NAZWISKO*

*PODPIS*

*DATA*