



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 sprzątający, 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: PN – EN ISO 22716:2009					
Zakres działalności do certyfikacji (z uwzględnieniem odpowiednio: produkcja, magazynowanie, kontrola, wysyłka): - -					
Kategorie produktów kosmetycznych, które będą objęte systemem: - - - - -					
Proszę podkreślić wiodące kategorie					



Inne informacje (np. dotyczące znaczących aspektów procesów i działań organizacji, zasobów technicznych, funkcji i powiązań w korporacji) – jeżeli takie występują:

-

Procesy zlecone na zewnątrz:

-

-

Opracowanie i wdrożenie systemu*):

- własnymi siłami
- firma konsultingowa – imię i nazwisko konsultanta:

Integracja systemu z innym systemem zarządzania:

- NIE
- TAK - ISO 9001
- TAK – inny system – jaki system:.....

Wykaz mających zastosowanie zobowiązaniach prawnych Organizacji:

-

-

-

-

-

-

-

Zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 922, 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, 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:		
AUDITOR:		
<i>Nazwisko</i>	<i>PREZES</i>	<i>Data</i>

ETAP I PRZEGLĄDU WNIOSKU – PIHZ CERTYFIKACJA:

Informacje dotyczące wnioskującej organizacji i jej systemu zarządzania są wystarczające do przeprowadzenia auditu. TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
UWAGI:		
Wymagania certyfikacyjne są wyraźne zdefiniowane i udokumentowane oraz zostały dostarczone wnioskującej organizacji TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
Wszystkie znane różnice w rozumieniu zagadnień pomiędzy jednostką certyfikującą a wnioskującą organizacją zostały rozwiązane TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
PIHZ ma kompetencje i możliwości przeprowadzenia działalności certyfikacyjnej TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
Efektywna liczba personelu:		
Decyzja: weryfikacja POZYTYWNA wniosku <input type="checkbox"/> weryfikacja NEGATYWNA wniosku <input type="checkbox"/>		
<i>Nazwisko</i>	<i>Podpis</i>	<i>Data</i>



ETAP II PRZEGLĄDU WNIOSKU – AUDITOR:

Nazwa Klienta		Nr Klienta:
---------------	--	-------------

Informacje dotyczące wnioskującej organizacji i jej systemu zarządzania są wystarczające do przeprowadzenia auditu		
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
UWAGI:		
Zadeklarowane przez Klienta kody PKD są zgodne z zakresem działalności przekazanym do certyfikacji.		
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
PIHZ ma kompetencje i możliwości przeprowadzenia działalności certyfikacyjnej		
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Decyzja:		
weryfikacja POZYTYWNA wniosku	<input type="checkbox"/>	weryfikacja NEGATYWNA wniosku <input type="checkbox"/>
<i>Nazwisko</i>	<i>Podpis</i>	<i>Data</i>

Decyzja w sprawie miejsca przeprowadzenia I etapu auditu certyfikacyjnego:		
Osoba podejmująca decyzję w sprawie certyfikacji:		
Auditowanie zmianowości:		
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Uzasadnienie:		
PREZES:		
<i>NAZWISKO</i>	<i>PODPIS</i>	<i>DATA</i>