



- WNIOSEK O CERTYFIKACJĘ*)** **ZMIANA DANYCH KLIENTA*)**
 PRZENIESIENIE CERTYFIKACJI*)

DANE KLIENTA

Nazwa Klienta		Kod działalności wg PKD	Nr Klienta:		
Adres rejestrowy					
Dane Prezesa / Dyrektora					
Osoba do kontaktu ws. SZJ telefon/email	<i>tel.</i>	<i>email:</i>			
Załączniki do Wniosku:	<input type="checkbox"/> CEIDG <input type="checkbox"/> KRS				
Norma, w odniesieniu do której ma być prowadzona certyfikacja + planowany termin auditu:					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ISO 22000:20018/PN-EN ISO 22000:2018-08 </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>			
Załączniki: (proszę zaznaczyć i dołączyć odpowiednie)					
<input type="checkbox"/> Załącznik nr 1 – Organizacja wielooddziałowa (co najmniej 2 oddziały)					
Lp.	Nazwa oddziału/ lokalizacji	Adres	Zakres certyfikacji	Liczba osób realizujących procesy w zakresie systemu zarządzania (umowa o pracę, dzieło, zlecenie) w przeliczeniu na etaty:	Liczba osób wykonujących <u>funkcje uważane za powtarzalne*</u>
1	Centrala organizacji (jeżeli adres jest inny niż rejestrowy)				
2	Oddział				
* wypełnić w przypadku, gdy wysoki procent personelu wykonuje <u>działania/funkcje uważane za powtarzalne</u> np. personel sprząający, pracownicy transportu, ochrony, handlowcy, pracownicy callcenter w przeliczeniu na etaty					
Liczba osób na poszczególnych zmianach+ zakres certyfikacji	I zm.	II zm.	III zm.		
Nadzór nad procesami:	I zm. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	II zm. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	III zm. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Ilość planów HACCP:					
Ilość linii produkcyjnych :					
Ilość wyrobów / grup wyrobów:					
Czynniki związane z sezonowością realizacji procesów objętych zakresem certyfikacji:					



Przyczyny ubiegania się o przeniesienie: -		
Niezamknięte duże niezgodności (jeżeli tak, to załącznik): TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
Wykaz procesów podzlecanych na zewnątrz Organizacji: -		
Posiadane przez Organizację Klienta systemy zarządzania (np. ISO 9001, ISO 14001 i in.):		
Opracowanie i wdrożenie systemu*): <input type="checkbox"/> własnymi siłami <input type="checkbox"/> firma konsultingowa – imię i nazwisko konsultanta:		
Wykaz mających zastosowanie głównych zobowiązań prawnych Organizacji: - - -		
<p>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, osoba do kontaktu: e-mail: artur.szwoch@pihz-certyfikacja.pl</p> <p>2) Biorąc pod uwagę wskazaną poniżej podstawę prawną dane osobowe przetwarzane będą w celu: - realizacji procesów certyfikacji przez PIHZ Certyfikacja Sp. z o.o. i nadzoru nad systemami zarządzania - art. 6 ust. 1 lit. a i b Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 - realizacji szkoleń personelu w zakresie systemów zarządzania - art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 - wypełniania obowiązków prawnych wynikających z przepisów prawa - art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 - realizacji marketingu usług PIHZ Certyfikacja - art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 - realizacji prawnie uzasadnionego interesu PIHZ Certyfikacja Sp. z o.o. polegającego na ewentualnym dochodzeniu roszczeń lub obronie przed roszczeniami - art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679</p> <p>3) Pani/Pana dane osobowe będą lub mogą być przekazywane do następujących podmiotów: auditorów i trenerów realizujących procesy certyfikacji i szkoleń, PCA, operatorom pocztowym i kurierom, kancelarii prawnej obsługującej PIHZ Certyfikacja, firmy księgowej obsługującej PIHZ Certyfikacja, drukarni wykonującej Certyfikaty i Zaświadczenia, firm IT obsługujących program elektroniczny, stronę internetową oraz pocztę elektroniczną PIHZ Certyfikacja, uprawnionych organów państwowych i publicznych, banków.</p> <p>4) Podawane dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat po rozwiązaniu umowy na certyfikację systemu zarządzania. Okres przetwarzania danych osobowych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przedawnienia roszczeń, jeżeli przetwarzanie danych osobowych będzie niezbędne do dochodzenia roszczeń. W zakresie, w jakim dane będą przetwarzane w celu kierowania informacji o szkoleniach z zakresu systemu zarządzania oraz informacji marketingowych dane będą przetwarzane do czasu wycofania zgody lub wniesienia sprzeciwu względem przetwarzania danych.</p> <p>5) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, sprostowania, ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.</p> <p>6) Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, jednakże po zawarciu umowy dane osobowe zostaną usunięte po upływie 5 lat od rozwiązania umowy oraz w terminach wskazanych w pkt. 4</p> <p>7) Podanie danych osobowych jest dobrowolne – w przypadku ich nie podania umowa nie zostanie zawarta.</p> <p>Oświadczam, że wraz z zgodą na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o certyfikację oraz załącznikach w powyższych celach dobrowolnie i zostałem poinformowany możliwości wycofania zgody na przetwarzanie danych w każdym czasie bez niekorzystnych konsekwencji, z uwzględnieniem terminów usunięcia danych wskazanych w obowiązku informacyjnym oraz że w przypadku zawarcia umowy na certyfikację i nadzór nad systemem zarządzania realizacja prawa wycofania zgody nastąpi po upływie terminu wskazanego w pkt. 4 obowiązku informacyjnego. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych obejmuje takie operacje jak zbieranie, przechowywanie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie w ramach wskazanych poniżej celów przetwarzania danych osobowych.</p>		
Klient:		
IMIĘ I NAZWISKO	PODPIS I PIECZĘĆ	DATA
Osoba do kontaktu ws. SZJ		
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 w sprawie auditowania oddziałów:

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

Załącznik nr 1

Lp.	Nazwa oddziału/ lokalizacji	Adres	Zakres działalności realizowany w Oddziale	Liczba osób realizujących procesy w zakresie systemu zarządzania (umowa o pracę, dzieło, zlecenie) w przeliczeniu na etaty:	Liczba osób wykonujących funkcje uważane za powtarzalne*
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

* wypełnić w przypadku, gdy wysoki procent personelu wykonuje działania/funkcje uważane za powtarzalne np. personel sprząający, pracownicy transportu, ochrony, handlowcy, pracownicy callcenter w przeliczeniu na etaty