|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uwaga: formularz prosimy wypełnić zgodnie z Państwa wnioskiem (odpowiednie części formularza dla wnioskowanych norm/wymagań). W przypadku części formularza, które Państwa nie dotyczą proszę wpisać „nie dotyczy” i tej części formularz proszę nie drukować.  *Note: please fill in the form in accordance with your proposal (for the relevant parts of the proposed standards / requirements). In the case of parts of the form that you do not concern please enter "not applicable" and this part of the form please do not print.* | | | Data / *Date:* 23.04.2018 | | |
| **Pełna nazwa organizacji /** *Full company name:* |  | | | | |
| Osoba do kontaktu (tytuł, imię i nazwisko) /  *Contact person (title, first and last name):* |  | | | | |
| Funkcja / *Funktion:* |  | | | | |
| Numer telefonu / *Phone:* |  | | | | |
| Ulica / *Street:* |  | | | | |
| Kod pocztowy / Miasto / Województwo / Państwo *Postal code / City / Province / Country:* |  | | | | |
| E-Mail: |  | | | | |
| Adres strony internetowej / *Homepage:* |  | | | | |
| NIP / *VAT Reg. No:* |  | | | | |
| Wniosek dotyczy certyfikacji zgodnie z normą: /  *Certification requested according to these standards/specifications:* | ISO 9001:2015  ISO 14001:2015  ISO/IEC 27001 (patrz dodatkowy formularz)  ISO 45001 | OHSAS 18001  PN-N 18001  IATF 16949 (plus aneks A)  ISO 50001 (plus aneks B) | | EMAS |
| Certyfikacja z akredytacją/ *Current accredited certifications:* | PCA (ISO 9001, 14001, EMAS, PN-N 18001)   DAkkS (ISO 9001, 14001, 50001, BSOHSAS 18001)  bez akredytacji dla normy: / Without accreditation for standard: | | | | |
| Posiadane certyfikaty / *Current certifications*  Patrz załączone certyfikaty / see attached certificate(s): | ISO 9001:2008  ISO 9001:2015  ISO 14001:2004  ISO 14001:2015 | OHSAS 18001  PN-N 18001  ISO/TS 16949  IATF 16949 | | ISO 50001  EMAS | | |
| Obecna jednostka certyfikująca / *Current certification body:* |  | | | | |
| Zapytanie dotyczy auditu transfertu lub przeniesienia certyfikatu(ów)? / *Transfer or transition audit desired?* |  | | | | |
| Zakres działalności organizacji / *Company scope:* |  | | | | |
| Produkty i/lub usługi / *Products and/or services:* |  | | | | |
| Sektor branżowy klienta / Klienci /  *Customers business sectors / clients:* |  | | | | |
| Istotne aspekty środowiskowe / *Significant environmental aspects* |  | | | | |
| Zagrożenia na stanowiskach pracy / *Occupational hazards* |  | | | | |
| Lokalizacje / obszar działalności / Site/company area  proszę wypełnić aneks C / please fill in the attachment C: |  | | | | |
| Liczba lokalizacja tymczasowych(sezonowych) /  *Number of temporary sites:* |  | | | | |
| Struktura personalna (proszę załączyć schemat organizacyjny) / *Structure of employees (please attach an organizational chart)* | | | | | |
| Całkowita liczba osób prowadzących działalność związaną z zakresem certyfikacji (pracownicy etatowi, personel sezonowy, tymczasowy, kontraktowy) w przeliczeniu na pełny etat/ *Total no. of employees related to certification scope:* |  | | | | |
| Komentarz do struktury zatrudnienia /  *Comment to employee structure:* |  | | | | |
| Dokumentacja systemu zarządzania jest w języku: */ Documentation of the management system is in the language:* |  | | | | |

W przypadku organizacji wielooddziałowych proszę wypełnić dodatkowo **aneksC /** *In the case of multi-site, please fill an additional* ***Annex C***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Liczba pracowników pracujący w systemie zmianowym*/ No. of employees working shifts::* | | |  | | | Ilość zmian / No. of shifts: | | |  | | | | | | |
| **Godziny pracy**/ *Work hours* | | Administracja/ *Administration* | | Produkcja 1 zmiana/ *Production shift 1* | | | Produkcja 2 zmiana/ *Production shift 2* | | | Produkcja 3 zmiana/ *Production shift 3* | | | | Produkcja 4 zmiana *Production shift 4* | |
| **Rozpoczęcie** / *Start:* | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |
| **Zakończenie** / *End* | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |
| Liczba pracowników zatrudnionych w/ *No. of employees on:* | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |
| Struktura procesów (proszę załączyć mapę procesów)/ *Structure of processes (please attach a process’ map)* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procesy główne / Core processes: | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Procesy zewnętrzne / *Outsourced processes:* | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Działalność poza siedzibę /  *Offsite activities:* | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Projektowanie / Rozwój /  *Design / Development:* | | Tak / Yes  Nie /no | | Odpowiedzialność za zwolnienie produktu / *Responsibility for products authorization* | | | | | | Tak / Yes  Nie / no | |
| Network & inne / *Network & miscellaneous* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Przynależność do koncernu, stowarzyszeń branżowych/ *Membership of industry associations, group affiliation:* | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Konsultant (Nazwa firmy, nazwisko konsultanta *z ostatnich 2 lat)*/ *Cubsulting (name, surname from last 2 years):* | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Czy są potrzebne środki ochrony indywidualnej (PPE)? / *Personal protective equipment (PPE) necessary?* | | | Tak / *Yes*  Nie / *no* | | | | | Będą zapewnione przez auditowanego /  *Will be provided by auditee* | | | | | | | |
| Informacje dodatkowe / Uwagi Informacje dodatkowe / Uwagi *Additional information / Remarks:* | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Jeżeli dotyczy/** **gdy system zarządzania jest zintegrowany, prosimy o zaznaczenie odpowiednich elementów systemu zarządzania/** | | | | | | | | | | | | | | |
| *If applicable / if the management system is integrated please select the relevant elements of the management system:* | | | | | | | | | | | Tak / *Yes* | | | Nie */ No* |
| 1. Zbiór zintegrowanej dokumentacji, w tym instrukcje robocze, na dobrym poziomie rozwoju, jeśli to właściwe /  *An integrated documentation set, including work instructions to a good level of development, as appropriate* | | | | | | | | | | |  | | |  |
| 2. Przeglądy zarządzania, w których uwzględnia się ogólną strategię biznesową i plan /  *Management reviews that consider the overall business strategy and plan* | | | | | | | | | | |  | | |  |
| 3.Zintegrowane podejście do auditów wewnętrznych / *An integrated approach to internal audits* | | | | | | | | | | |  | | |  |
| 4. Zintegrowane podejście do polityki i celów / *An integrated approach to policy and objectives* | | | | | | | | | | |  | | |  |
| 5. Zintegrowane podejście do procesów systemów / *An integrated approach to systems processes* | | | | | | | | | | |  | | |  |
| 6. Zintegrowane podejście do mechanizmów doskonalenia (działania korygujące i zapobiegawcze; pomiary i ciągłe doskonalenie) /  *An integrated approach to improve mechanisms, (corrective and preventive action; measurement and continual improvement)* | | | | | | | | | | |  | | |  |
| 7. Zintegrowane wsparcie i odpowiedzialności kierownictwa / *Integrated management support and responsibilities.* | | | | | | | | | | |  | | |  |
| 8. inne, jakie: / *other, please specify*: | | | | | | | | | | |  | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Język sprawozdania z auditu DQS/ *language report* | polskim/*Polish*  angielskim/*English*  inny, jaki */* *other, which*      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| podpis auditowanego */company signature* | data, podpis auditora DQS*/date, DQS auditor signature* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DQS internal use only / | | |
| Osoba do kontaktu w DQS/ *DQS Contact person* | Nazwisko |  |
| Biuro / *Büro* |  |
|  | Email |  |
|  | telefon / *Telefon* |  |
| Ref. No. / *AZ:* |  | |

**Aneks C / Proszę uzupełnić załącznik, jeżeli jest więcej niż 1 lokalizacja /** *Attachment C / please attach*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa lokalizacji, adres/** *Name of site, adress* | **Centrala/** *Central*  **Tak/***Yes* **/Nie/** *No* | **Certyfikacja wg norm(y)/** *Certification according to the standard (s)* | **Realizowane procesy w lokalizacji**  *The processes in location* | **Całkowita liczba zatrudnionych/** *The total number of employees* | **Ilość zmian** /  *No. of shifts* | Pracownicy zatrudnieni w/*No. of employees in:* | | | | | **Uwagi/** *Comments* |
| Admiistracja/administration | 1 zmiana/ *shift 1* | 2 zmiana/ *shift 2* | 3 zmiana/ *shift 3* | 4 zmiana/ *shift 4* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |