|  |
| --- |
|  **ЗАЯВКА****НА ПРОВЕДЕНИЕ СЕРТИФИКАЦИИ** **СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | Заполняется ОС ЦТКАО-эксперт:Номер и дата регистрации:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № |  |  от |  |

 |
|  |  |  |  |  |
| **Данные об организации-заявителе** |  |  |
| Полное и краткое наименование организации |  |  |
|  |
| Юридический адрес(индекс/zip code обязательно) |  |
| Фактический адрес(индекс/zip code обязательно) |  |
| Банковские реквизиты |  |
|  |  |  |  |  |
| Коды | ИНН/TIN |  | КПП |  |
|  | ОКВЭД |  | ОКПО |  |
|  | IAF Codes |  |
|  |  |  |  |  |
| **Руководитель** |  |  |  |  |
| ФИО |  |
| Должность |  |
|  |  |  |  |  |
| **Сотрудник, назначенный для контактов с ОС ЦТКАО-эксперт** |
| ФИО |  |
| Должность |  |
| Телефон |  |
| e-mail |  |
|  |  |  |  |  |
| **Заявляемый стандарт для оценки системы менеджмента** |
|  | ГОСТ Р ИСО 9001-2015 | [ ]  |
|  | ISO 9001:2015 | [ ]  |
|   | ГОСТ Р ИСО 14001-2016 | [ ]  |
|  | ISO 14001:2015 | [ ]  |
|  | ГОСТ Р ИСО 45001-2020 | [ ]  |
|  | ISO 45001:2018 | [ ]  |
|  | ГОСТ Р ИСО 19443-2020 | [ ]  |
|  | ISO 19443:2018 (на территории Арабской Республики Египет) | [ ]  |
|  | ГОСТ РВ 0015-002-2020 | [ ]  |
|  |  |  |  |  |
| **Тип аудита**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Сертификация | [ ]  | Передача сертификации |
| [ ]  | Сужение области сертификации | [ ]  | Ресертификация |
| [ ]  | Расширение области сертификации | [ ]  | Внеплановый аудит |
| [ ]  | Предварительная проверка | [ ]  | Изменение адреса/реквизитов организации |

 |
|  |
| **Дополнительные требования** |  |  |  |
| Оформление сертификатов для каждого филиала (временной производственной площадки) |  |
| Оформление сертификата на другом языке, кроме русского и/или английского, если "Да" то на каком |  |
|  |  |  |  |  |
| **Структура организации и количество персонала** |  |  |
| Численность персонала, входящего в область сертификации |  |
| Количество рабочих смен |  |  |  |
| Стандартные часы работы |  |  |  |
| Количество филиалов |  |  |
| Количество временных производственных площадок |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Информация по филиалам и/или временным производственным площадкам организации** |
| Адрес филиала и временной производственной площадки  |
| Основные виды деятельности(с описанием технологических процессов)  |  |
| Стандартные часы работы |  |
| Численность персонала, входящего в область сертификации |  |
| *Примечание. При наличии нескольких филиалов и/или временных производственных площадок, просим Вас предоставить данную информацию в приложении на отдельном листе.****Приложите к данной заявке организационную структуру Вашей Организации*** |
| **Для применения в соответствии с ISO 14001 (ГОСТ Р ИСО 14001)**

|  |  |
| --- | --- |
| Ваши процессы, которые оказывают воздействие на окружающую среду |  |
| Важные воздействия на окружающую среду |  |
| Юридические разрешения и согласования, которые вы должны получить |  |

 |
| **Для применения в соответствии с ISO 45001 (ГОСТ Р ИСО 45001)**

|  |  |
| --- | --- |
| Основные опасности и риски в области охраны труда, связанные с процессами |  |
| Основные опасные материалы, используемые в процессах |  |
| Любые соответствующие юридические обязательства, вытекающие из применимого законодательства в области охраны труда |  |
| Пожалуйста, оцените степень опасности несчастных случаев в области охраны труда, с которыми вы столкнулись, если таковые имели место | [ ]  5 баллов – Множественные смерти, стойкая потеря трудоспособности [ ]  4 балла – Смерть, серьезная травма, профессиональное заболевание[ ]  3 балла – Травма легкой степени тяжести, требуется лечение[ ]  2 балла – Потери рабочего дня нет, первая помощь не требуется[ ]  1 балл– Потери рабочего времени нет, первая помощь не требуется |
| Пожалуйста, оцените частоту несчастных случаев в вашей компании, если таковые имели место | [ ]  5 баллов – Ежедневно [ ]  4 балла – Раз в неделю[ ]  3 балла – Раз в месяц[ ]  2 балла – Раз в квартал[ ]  1 балл – Раз в год |
| Есть ли какие-либо процессы в помещениях других организаций | [ ]  Да [ ]  Нет |
| Подробная информация о персонале, работающем в помещениях вашей организации, а также за их пределами |  |
| Есть ли какие-либо многопрофильные предприятия? | [ ]  Да[ ]  Нет |
| Пожалуйста, укажите процессы/оборудование в других (нескольких) помещениях |  |
| Запрашиваемый интервал наблюдения | [ ]  6 месяцев [ ]  9 месяцев [ ]  12 месяцев  |

**Определите уровень интеграции вашей компании (для проведения комплексных аудитов)** |
| Интегрирована ли документация? | [ ]  Да [ ]  Нет | % 15 |
| Интегрированы ли политика и цели? | [ ]  Да [ ]  Нет | % 10 |
| Интегрированы ли внутренние аудиты? | [ ]  Да [ ]  Нет | % 20 |
| Интегрированы ли функции поддержки и ответственности руководства? | [ ]  Да [ ]  Нет | % 10 |
| Интегрирован ли анализ со стороны руководства? | [ ]  Да [ ]  Нет | % 20 |
| Интегрирован ли системный процесс? | [ ]  Да [ ]  Нет | % 15 |
| Интегрирован ли механизм улучшения? | [ ]  Да [ ]  Нет | % 10 |
| **ИТОГО %** |  |
| **Данные о системе менеджмента** |
| Область сертификации СМ |  |
| Исключения из области сертификации СМ |  |
| Коды ОКВЭД, входящие в область сертификации СМ |  |
| IAF Codes, входящие в область сертификации |  |
| Процессы, переданные на аутсорсинг |  |
| Привлекались ли консультанты для разработки и внедрения СМесли "Да", то какие |  |
| Сертифицирована ли заявляемая СМесли "Да", то каким ОС |  |
| Предлагаемый срок проведения аудита |  |
|  |  |  |  |  |
| 1. Заявитель гарантирует, что информация, представленная в данной заявке, верна.
 |
| 1. Заявитель подтверждает, что ознакомлен с условиями сертификации ОС ЦТКАО-эксперт и обязуется их выполнять.

(Условия сертификации расположены на сайте ОС ЦТКАО по адресуhttp://atomsmk.ru/page/9/). |
| 1. Оплату услуг в случае принятия данной декларации-заявки заявитель будет производить: самостоятельно / через
 |
|

|  |
| --- |
|  |
| *(укажите через кого будет проведена оплата)* |

 |
| 1. Заявитель извещен и не возражает, что сертификат соответствия будет выдан после полной оплаты услуг по сертификации СМ.
 |
| 1. Данная заявка действительна в течение 3 месяцев с даты её подачи.
 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Руководитель организации |  |  |  |
|  |  | *(Подпись)* |  | *(ФИО)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  | МП |  |  |
|  |  |  | Дата |  |