|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | |  | | |
|  | 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 СМ  если "Да", то какие | |  | | | | | |
| Сертифицирована ли заявляемая СМ  если "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 адресу  http://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 |  | |