Na podstawie poniższych danych przygotujemy dla Państwa ofertę na certyfikację.

Jeżeli nie będą one wystarczające do opracowania oferty, to zwrócimy się do Państwa z prośbą o ich uzupełnienie. Wszystkie informacje będą traktowane poufnie. Wycena jest bezpłatna i nie zobowiązuje Państwa do skorzystania z naszych usług.

1. **Informacje o organizacji wnioskodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i adres** (dane rejestrowe organizacji) |  |
| **Dane do korespondencji**(nazwa, adres) |       |
| **NIP** |       |
| **Strona www** |       |
| **Numer księgi rejestrowej** (dotyczy podmiotów medycznych) |       |
| **Dane kontaktowe** (proszę zaznaczyć krzyżykiem osoby do kontaktu w sprawie certyfikacji oraz uzupełnić dane kontaktowe) |
|[ ]  **Zarządzający organizacją** | **Stanowisko** | **E-mail** | **Telefon** |
|  |       |       |       |       |
|[ ]  **Osoba odpowiedzialna za system zarządzania** | **Stanowisko** | **E-mail** | **Telefon** |
|  |       |       |       |       |
|[ ]  **Inna osoba do kontaktu** | **Stanowisko** | **E-mail** | **Telefon** |
|  |       |       |       |       |

1. **Normy(a) odniesienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Certyfikacja systemów zarządzania na zgodność z:** |[ ]  **ISO 9001** |[ ]  **ISO 27001** |[ ]  **HACCP** |
|  |[ ]  **ISO 14001** |[ ]  **ISO 22301** |[ ]  **ISO 22000** |
|  |[ ]  **ISO 45001** |[ ]  **ISO 37001** |[ ]  **ISO 13485** |
|  |[ ]  **ISO 50001** |[ ]  **PN-EN 15224** |[ ]        |
| **Integracja systemów** |[ ]  **NIE** |[ ]  **TAK:** proszę wymienić |
|       |
| **Czy system zarządzania został już certyfikowany przez inną jednostkę certyfikującą?** |
|[ ]  **NIE** |[ ]  **TAK** (proszę załączyć ksero/ skan certyfikatu) | data pierwszej certyfikacji  |       |
|  |  |  |  | ważność certyfikatu / data  |       |
| **Kiedy Państwa system wchodzi / wszedł w życie** |       |

1. **Szczegółowe dane dotyczące organizacji.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba lokalizacji, które będą podlegać certyfikacji** (łącznie z lokalizacją, w której znajduje się funkcja centralna\*)**:** |       |
| **Nazwa i adres Oddziału(ów) z funkcją centralną:** |       |
| **Nazwa i adres Oddziału 2\*\*** |       |
| **Nazwa i adres Oddziału 3** |       |
| **Nazwa i adres Oddziału 4** |       |
| **Nazwa i adres Oddziału 5** |       |
| **Nazwa i adres Oddziału 6** |       |
| **Nazwa i adres Oddziału 7** |       |
| **Nazwa i adres Oddziału 8** |       |
| **Czy cała organizacja podlegać będzie certyfikacji ?** |[ ]  **TAK** |[ ]  **NIE**, Proszę podać obszar/y organizacji podlegające certyfikacji: |
|       |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Czy wykonują Państwo działalność w oddziałach tymczasowych?\*\*\*** |[ ]  **NIE** |[ ]  **TAK**, Proszę podać adresy oddziałów tymczasowych |
|       |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Zakres certyfikacji o jaki ubiega się organizacja z podaniem podzakresów w poszczególnych oddziałach, jeśli zakresy te są różne\*\*\*\*** |
|       |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**W przypadku większej liczby oddziałów (powyżej 8) proszę użyć dodatkowo osobnego formularza „Dodatkowe lokalizacje”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba pracowników** | **Funkcja centralna** | **Oddział 2** | **Oddział 3** | **Oddział 4** | **Oddział 5** | **Oddział 6** | **Oddział 7** | **Oddział 8** |
| **Liczba całkowita pracowników** (łącznie na wszystkich zmianach, również z uwzględnieniem pracowników niepełno-etatowych, kontraktowych, itd.): |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba pracowników w przeliczeniu na pełne etaty** (łącznie na wszystkich zmianach, również z uwzględnieniem pracowników kontraktowych): |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba zmian:** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pomocnicy** (uczniowie, stażyści, pracownicy przyuczani do wykonywania czynności): |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pracownicy tymczasowi** (nisko wykwalifikowani, wykonujący zautomatyzowane procesy): |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pracownicy wykonujący powtarzalne procesy** (pracownicy transportu, handlowcy, pracownicy call center, personel sprzątający, pracownicy ochrony, pracownicy wykonujący operacje taśmowe itp.): |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podwykonawcy\*\*\*\*\*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Czy na wszystkich zmianach wykonywane są podobne czynności** (dotyczy pracy zmianowej)? | [ ]  | **TAK** | [ ]  | **NIE**, Proszę opisać krótko zakres prac na poszczególnych zmianach: |
|       |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

1. **Działalność firmy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Branża/PKD** |       |
| **Wytwarzane wyroby** |       |
| **Realizowane usługi** |       |
| **Identyfikacja procesów w organizacji**(dołączyć „Mapę procesów” jako załącznik Nr 1 lub opisać) |       |
| **Funkcje i powiązania organizacyjne**(dołączyć Strukturę organizacyjną jako załącznik Nr 2) |       |
| **Wymagania prawne związane z realizacją wyrobów/ usług** (wypisać lub dołączyć wykaz jako załącznik Nr 3) |       |
| **Identyfikacja znaczących aspektów środowiskowych oraz wszelkich obowiązków prawnych wynikających z ochrony środowiska**(dotyczy **EMS, EMAS**, wypisać lub dołączyć wykaz jako załącznik Nr 4) |       |
| **Identyfikacja znaczących ryzyk, materiałów niebezpiecznych wykorzystywanych w procesach oraz wszelkich obowiązków prawnych wynikających z mających zastosowanie przepisów BHP**(dotyczy **SZ BHP**, wypisać lub dołączyć wykaz jako załącznik Nr 5) |       |
| **Czy są procesy, które zlecają Państwo na zewnątrz** (np. zakupy, sprzedaż, wykończenie wyrobów)? |
|[ ]  **TAK:** proszę wymienić |[ ]  **NIE** |
|       |
| **Czy któreś wymagania normy ISO 9001 nie mają zastosowania w Państwa systemie zarządzania?** |
|[ ]  **TAK:** jakie? Proszę podać |[ ]  **NIE** |
|       |
| **Uwaga: W Systemach Zarządzania na zgodność z wymaganiami normy ISO 27001 oraz normy ISO 22301 wymagane jest uzupełnienie danych w oparciu o formularz „Dodatkowe informacje ISO 27001 oraz ISO 22301”.** |

1. **Redukcja czasu trwania auditu**

|  |
| --- |
| Proszę wypełnić tylko w przypadku certyfikacji systemów zintegrowanych (np., ISO 9001/ISO 14001/ISO 45001). Poniższe informacje pozwolą nam na zredukowanie czasu trwania auditu. |
| **Kryterium:** | **Zintegrowany/a?** |
| **TAK** | **NIE** |
| 1. **Czy dokumentacja systemowa jest zintegrowana?**
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. **Czy przeglądy zarządzania uwzględniają zintegrowaną strategię biznesową i biznesplan?**
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. **Czy stosuje się zintegrowane podejście do auditów wewnętrznych?**
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. **Czy stosuje się zintegrowane podejście do polityki i celów?**
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. **Czy stosuje się zintegrowane podejście do procesów systemów?**
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. **Czy stosuje się zintegrowane podejście do mechanizmów doskonalenia (działań korygujących, pomiarów i ciągłego doskonalenia)?**
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. **Czy zintegrowane jest wsparcie i odpowiedzialność kierownictwa?**
 | [ ]  | [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Proponowany termin realizacji auditu:** |  |

|  |
| --- |
| **Czy korzystali Państwo z usług doradczych przy wdrożeniu systemu zarządzania?** |
|[ ]  **TAK:** proszę podać nazwę firmy oraz imię i nazwisko osoby wdrażającej |[ ]  **NIE** |
|       |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

Na podstawie danych zawartych na formularzu przygotujemy dla Państwa ofertę na certyfikację systemu zarządzania. Informacje będą traktowane przez GCS Quality poufnie.

|  |
| --- |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez GCS Quality Sp. z o.o., ul. Międzyleska 4, 50-514 Wrocław w celu wykonania oferty na certyfikację oraz przygotowania umowy.Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz prawie ich poprawienia lub usunięcia. Zostałem/am poinformowany/a, że podanie danych osobowych jest dobrowolne. (pole obowiązkowe) |[ ]
| Wyrażam zgodę na przesyłanie i otrzymywanie drogą elektroniczną, na podany w niniejszym formularzu adres email, informacji handlowych wysłanych przez GCS Quality Sp. z o.o., ul. Międzyleska 4, 50-514 Wrocław. |[ ]
| Wyrażam zgodę na przesyłanie i otrzymywanie pocztą na podany w niniejszym formularzu adres, informacji handlowych wysłanych przez GCS Quality Sp. z o.o., ul. Międzyleska 4, 50-514 Wrocław. |[ ]

Data, Kliknij aby wprowadzić datę.

Podpis i pieczątka przedstawiciela organizacji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Formularz zapytania ofertowego proszę przesłać na adres **GCS Quality Sp. z o.o., ul. Międzyleska 4, 50-514 Wrocław** lub
e-mail: certyfikacja@gcsquality.pl, fax: 71 716 55 29. Ofertę prześlemy Państwu drogą elektroniczną lub pocztą.

**Słownik:**

|  |  |
| --- | --- |
| Termin | Definicja |
| \* Funkcja centralna | Lokalizacja (oddział), odpowiedzialna za system zarządzania i sprawująca nadzór nad tym systemem zarządzania |
| \*\* Oddział | Lokalizacja (fizyczna lub wirtualna), w której organizacja wykonuje prace lub świadczy usługi. |
| \*\*\* Oddział tymczasowy | Oddział (fizyczny lub wirtualny), w którym organizacja wykonuje określone prace lub z którego świadczy usługi w ograniczonym okresie czasu, a który nie jest przeznaczony do przekształcenia w oddział stały, np. plac budowy w organizacji z branży budowlanej. |
| Oddział wirtualny | Lokalizacja wirtualna, w której organizacja wykonuje prace lub świadczy usługi korzystając ze środowiska sieciowego umożliwiającego realizację procesów przez osoby z różnych fizycznych lokalizacji *(w przypadku, gdy procesy muszą być realizowane w środowisku fizycznym, np. składowanie, instalacja, naprawy, to oddział nie jest traktowany jako wirtualny)*. |
| \*\*\*\* Zakres certyfikacji | Zakres świadczonych usług, który podlega certyfikacji; jest to zakres, który miałby docelowo pojawić się na certyfikacie. W przypadku Podmiotów medycznych należy wpisywać zakres na podstawie Księgi Rejestrowej Podmiotu Medycznego. |
| \*\*\*\*\* Podwykonawca | Firma wykonująca pracę na zlecenie, przy czym nie jest to personel zatrudniony na podstawie kontraktu/ umowy o współpracy. Przykłady:- firma, której zlecamy wykończenie wyrobu, np. lakierowanie;- laboratorium diagnostyczne wykonujące badania na zlecenie przychodni;- wykonawca protez na zlecenie gabinetu ortodontycznego. |
| Podzakres certyfikacji | Zakres pojedynczego oddziału |
| Certyfikacja | W systemie EMAS równoznaczna z weryfikacją i walidacją. |