



KARTA INFORMACYJNA

Do zwrotu na: fax (12) 4119023 lub e-mail: csq@imgpoland.pl

Aby móc wysłać Państwu naszą ofertę na usługi certyfikujące uprzejmie prosimy o dostarczenie nam następujących informacji. Z góry dziękujemy za wypełnienie formularza do wyceny.

Nazwa Organizacji

1. Adres (z kodem pocztowym):

2. Osoba do kontaktu:

3. Telefon:

4. Fax:

5. E-mail oraz strona www

ORGANIZACJA UBIEGA SIĘ O CERTYFIKACJĘ:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Po raz pierwszy | <input type="checkbox"/> Odnowienie lub wznowienie certyfikacji | <input type="checkbox"/> Rozszerzenie certyfikacji |
| <input type="checkbox"/> ISO 9001:2008 | <input type="checkbox"/> ISO/IEC 27001 | <input type="checkbox"/> ISO/ TS 16949 |
| <input type="checkbox"/> ISO 14001 | <input type="checkbox"/> ISO 22000 | <input type="checkbox"/> ISO 13485 |
| <input type="checkbox"/> OHSAS 18001 | <input type="checkbox"/> UNI 10854:1999 | <input type="checkbox"/> Inne: |

OPIS PROCESÓW, USŁUG I PRODUKTÓW KTÓRYCH DOTYCZY SYSTEM ZARZĄDZANIA

6. Rodzaj prowadzonej działalności: np. projektowa, produkcyjna, handlowa, HW e SW systemów elektronicznych, itp.

ORGANIZACJA LUB JEJ CZĘŚĆ, KTÓRA MA BYĆ OBJĘTA PROCESEM CERTYFIKACJI

7. Nazwa:

8. Adres (z kodem pocztowym):

9. Liczba osób zatrudnionych na pełnym etacie (łącznie z ewentualnymi oddziałami, właścicielem i współwłaścicielami) oraz informacja o ilości zmian

10. Liczba zatrudnionych na niepełny etat

ODDZIAŁY PRZEDSIĘBIORSTWA OBJĘTE CERTYFIKACJĄ (JEŚLI TAKIE ISTNIEJĄ); MOŻNA DODAC WIERSZE

Nazwa	Adres	Ilość zatrudnionych w oddziale

DODATKOWE INFORMACJE

Czy firma konsultingowa/doradcza uczestniczyła/pomagała w tworzeniu Systemu?

TAK NIE Nazwa firmy konsultingowej

Planowany termin certyfikacji systemu zarządzania

