|  |
| --- |
| SIEĆ BADAWCZA ŁUKASIEWICZ – PRZEMYSŁOWY INSTYTUT MOTORYZACJI  JEDNOSTKA CERTYFIKUJĄCA SYSTEMY ZARZĄDZANIA  [**www.pimot.lukasiewicz.gov.pl**](http://www.pimot.lukasiewicz.gov.pl) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WNIOSEK O CERTYFIKACJĘ SYSTEMU ZARZĄDZANIA NA ZGODNOŚĆ Z ISO 9001:2015**  (zwana dalej normą lub ISO 9001) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adnotacje jednostki | | Numer rejestracyjny wniosku | | | | | | |  | | | | | | | |
| Data rejestracji | | | | | | |  | | | | | | | |
| 1. **DANE WNIOSKODAWCY (KLIENTA)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. Pełna nazwa organizacji (klienta): | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| * 1. Adres organizacji (zgodny z rejestracją): | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| * 1. Osoba uprawniona do reprezentacji organizacji, wykazana w dokumencie rejestrowym: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| * 1. NIP: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| * 1. KRS lub CEIDG: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| * 1. www: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1. **OSOBA(Y) DO KONTAKTU Z JEDNOSTKĄ CERTYFIKUJĄCĄ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | | e-mail | | | | | | | telefon | | | Stanowisko lub funkcja | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |
| 1. **ZAKRES WNIOSKOWANEJ CERTYFIKACJI** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. Nazwa działalności zgłaszanej do certyfikacji | | | | | | | | | | | | | Numery | | | |
| PKD | | | IAF (opcjonalnie) |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
| 1. **LOKALIZACJA DZIAŁANOŚCI ZGŁASZANEJ DO CERTYFIKACJI** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. Adres prowadzonej działalności   (o której mowa w p. 3.1): | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| (w przypadku działalności prowadzonej w kilku lokalizacjach, proszę także wskazać dane w p. 4.2 i 4.3) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. Inne lokalizacje (jeśli występują) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| w których prowadzone są działania/procesy – będące integralną częścią działalności (p. 3.1). Jeśli poszczególne lokalizacje odnoszą się także do innego podmiotu prawnego (odrębna osobowość prawna), prosimy obok nazwy oddziału wskazać także nazwę podmiotu prawnego. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa oddziału/lokalizacja, adres | | | | | | | Nazwa działalności lub procesu w ramach działalności | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. Proszę podać poniżej lokalizację główną, w której prowadzony jest centralnie nadzór nad systemem, funkcjonującym w innych lokalizacjach, jeśli to ma zastosowanie) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **PODZLECANE PROCESY/FUNKCJE (PRACE) PODMIOTEM ZEWNĘTRZNYM** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.1 | Nie podzlecamy prac innym podmiotom | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 5.2 | Podzlecamy następujące procesy/funkcje: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Projektowanie | | | | |  | Księgowość (obsługa finansowa) | | | | | | | |  | | |
| Obsługa BHP | | | | |  | Pełnomocnik ds. systemu zarządzania | | | | | | | |  | | |
| Inne wskazane poniżej | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **LICZBA PERSONELU ZAANGAŻOWANEGO W DZIAŁALNOŚĆ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6.1** | **NA ETACIE, UMOWA B2B „STALI”** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.1.1 | Administracyjni i „biurowi” | | | | | | Wymiar czasu w przeliczeniu na etat (1, 0,5 ..) | | | | | | | | Przeliczenie na etaty | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.1.2 | Pozostali, inni niż administracyjni i „biurowi” (np. na produkcji) | | | | | | Wymiar czasu w przeliczeniu na etat (1, 0,5 ..) | | | | | | | | Przeliczenie na etaty | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| Suma (6.1) | | |  | | | | **-** | | | | | | | |  | |
| **6.2** | **BEZ ETATU, SEZONOWI** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Np. umowa o dzieło, zlecenie | | | | | | | Średni dzienny czas pracy (h) | | | | Okres pracy w roku | | | | Przeliczenie na etaty | |
| Liczba pracowników | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
| Liczba pracowników | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
| Liczba pracowników | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
| Suma (6.2) | | |  | | | | **-** | | | | **-** | | | |  | |
| 1. **INFORMACJA O PRACY PERSONELU NA ZMIANACH** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.1 | Praca tylko na jednej zmianie: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 7.2 | Prace prowadzone są na kilku zmianach (podaj jeśli ma zastosowanie): | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (bazując na danych wskazanych w p. 6.1, 6.2 proszę podać liczbę personelu na poszczególnych zmianach) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Liczba personelu na 1 zmianie | | | |  | | | Ramy czasowe (od – do) | | | | | | |  | | |
| Liczba personelu na 2 zmianie | | | |  | | | Ramy czasowe (od – do) | | | | | | |  | | |
| Liczba personelu na 3 zmianie | | | |  | | | Ramy czasowe (od – do) | | | | | | |  | | |
| Informacja o rodzaju pracy na poszczególnych zmianach zostanie ustalona poprzez kontakt personelu jednostki certyfikującej  z przedstawicielem klienta. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **INNE ASPEKTY PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.1 | Personel zaangażowany w działania, uważane za powtarzalne (jeśli można takie określić) | | | | | | | | | Miejsce na komentarz (opcja) | | | | Liczba personelu (etaty) | | |
| Personel sprzątający, ochrona | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Handlowcy, przedstawiciele regionalni, doradcy | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Księgowość (obsługa finansowa firmy) | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Kierowcy | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Wskaż inną grupę osób,  jeśli to właściwe: | | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.2 | Personel zaangażowany w działania, ważne dla zapewnienia jakości | | | | | | | | | | | | | Liczba personelu (etaty) | | |
| Bardzo złożone procesy lub stosunkowo duża liczba nietypowych działań | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Skomplikowana logistyka | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Wskaż inne działania,  jeśli to właściwe: | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
| 1. **POSIADANE CERTYFIKATY SYSTEMU ZARZĄDZANIA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Informacja uzupełniająca w zakresie doświadczenia personelu w zarządzaniu systemowym. Proszę wymienić (o ile ma to zastosowanie) posiadane certyfikaty systemu zarzadzania | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **WYMAGANIA NORMATYWNE I PRAWNE WŁAŚCIWE DLA DZIAŁALNOŚCI** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.1 | Obowiązkowa homologacja / dopuszczenia pojazdu, części lub wyposażenia pojazdu | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 10.2 | Wymagania dozorowe np. maszynowe, dźwigowe (wskazane poniżej) | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.3 | Wymagania dotyczące oznakowania CE (wskazane poniżej) | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.4 | Szczególne warunki bezpieczeństwa, warunki pracy (wskazane poniżej) | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.5 | Wymagania odnoszące się materiałów niebezpiecznych (wskazane poniżej) | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.6 | Wymóg posiadania koncesji (wskaż przez kogo wydaną) | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.7 | Inne (wskaż poniżej jeśli to właściwe) | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **STATUS SYSTEMU ZARZĄDZANIA KLIENTA (ISO 9001)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11.1 | system zarządzania obejmuje wszystkie wymagania normy ISO 9001 | | | | | | | | | | | | |  | | |
| nie wdrożono następujących wymagań normy | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 11.2 | wdrożony we własnym zakresie bez udziału konsultanta | | | | | | | | | | | | |  | | |
| wdrożony przez firmę / konsultanta (wskaż poniżej) | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 11.3 | zgłaszamy do certyfikacji po raz pierwszy | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 11.4 | certyfikat systemu zarządzania wygasł (wznowienie certyfikacji) | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 11.5 | certyfikowany (wydany certyfikat jest nadal ważny) | | | | | | | | | | | | |  | | |
| nazwa jednostki, która wydała certyfikat: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| data wygaśnięcia certyfikatu | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1. **INNE DANE DLA JEDNOSTKI CERTYFIKUJĄCEJ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12.1 | Oczekiwany termin auditu (wstępna deklaracja) | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 12.2 | Inne dodatkowe informacje (jeśli to właściwe) | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 1. **KLAUZULE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. Wnioskuję o przedstawienie oferty certyfikacji. W związku z tym w imieniu klienta wyrażam zgodę:  1. na przetwarzanie danych oraz dostęp do informacji w procesie certyfikacji, w tym danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami, 2. na udostępnienie udokumentowanej informacji w ramach systemu zarządzania oraz procesu certyfikacji,  w tym przedstawicielom PCA w czasie ocen związanych z akredytacją przyznaną jednostce, 3. kontakt przedstawiciela jednostki certyfikującej, aby uzyskać informacje uzupełniające, jeśli będzie wymagane. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. Oświadczam, że:  1. posiadamy wystarczające zasoby ludzkie oraz techniczne do realizacji działalności, 2. nie znajdujemy się w stanie upadłości lub likwidacji, 3. nie są prowadzone przeciwko nam postępowanie karne i/lub skarbowe. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko osoby reprezentującej klienta | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Podpis ww. osoby (opcjonalny) | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Data sporządzenia wniosku | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **KONIEC WNIOSKU**  Objaśnienie:  Udostępniamy Państwu niniejszy formularz wniosku w celu pozyskania niezbędnych danych i informacji.  W ramach spotkania zdalnego lub na miejscu, jesteśmy do dyspozycji, w przypadku potrzeby omówienia poszczególnych zapytań wskazanych we wniosku, rodzaju pozyskiwanych danych  Kontakt do jednostki: tel. 22 7777 061, 22 7777 063, 22 7777 070 ; [certyfikacja@pimot.lukasiewicz.gov.pl](mailto:certyfikacja@pimot.lukasiewicz.gov.pl).  Jednostka certyfikująca po uzyskaniu wypełnionego wniosku:   * dokona przeglądu informacji wskazanej we wniosku oraz załączonej dokumentacji (jeśli zostanie dołączona), * poinformuje o dalszej obsłudze klienta, * przedstawi propozycję umowy certyfikacji systemu zarządzania.   Komentarz: Wymagania certyfikacyjne zostały doprecyzowane w wyniku wydania poprawki [Amd1:2024 do normy ISO 9001:2015](https://www.iso.org/standard/88431.html). Poprawka doprecyzowuje wymagania normy ISO 9001:2015 wskazane w p. 4.1 i 4.2, które obecnie dotyczą również kwestii zmian klimatycznych. | | | | | | | | | | | | | | | | |