|  |
| --- |
| SIEĆ BADAWCZA ŁUKASIEWICZ – PRZEMYSŁOWY INSTYTUT MOTORYZACJIJEDNOSTKA 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 przeliczeniuna etat (1, 0,5 ..) | Przeliczenie na etaty |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| 6.1.2 | Pozostali, inni niż administracyjni i „biurowi” (np. na produkcji) | Wymiar czasu w przeliczeniuna 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.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. |