

|  |        |
|--|--------|
| <b>Sieć Badawcza Łukasiewicz - Instytut Spawalnictwa</b> |        |
| <b>Ośrodek Certyfikacji</b>                              |        |
| Certyfikacja systemów zarządzania jakością               | Strona |
| <b>Wniosek o certyfikację</b>                            | 1 / 3  |
| <b>systemu zarządzania jakością</b>                      |        |

|  |  |
|--|--|
| Numer rejestracyjny .....                      | Data wpłynięcia wniosku .....                  |
| <small>(wypełnia Ośrodek Certyfikacji)</small> | <small>(wypełnia Ośrodek Certyfikacji)</small> |

**I. Norma / normy będące podstawą certyfikacji \*:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Norma PN - EN ISO 9001:2015     | <input type="checkbox"/> Norma PN-EN ISO 3834-3:2007 **  |
| <input type="checkbox"/> Norma PN-EN ISO 3834-2:2007 **  | <input type="checkbox"/> System IIW/EWF EN ISO 3834-3 ** |
| <input type="checkbox"/> System IIW/EWF EN ISO 3834-2 ** | <input type="checkbox"/> Norma PN-EN ISO 3834-4:2007 **  |
|  | <input type="checkbox"/> System IIW/EWF EN ISO 3834-4 ** |

**II. Wnioskodawca:**

Nazwa:

Ulica:.....Kod / Miejscowość: .....

Adres internetowy: .....

Nr NIP dla płatników VAT:..... REGON: .....

Nr KRS:.....Kapitał zakładowy: .....

Osoba upoważniona do kontaktów z Ośrodkiem Certyfikacji:

(imię i nazwisko, stanowisko, telefon, e-mail)

**III. Złożenie Wniosku:**

- po raz pierwszy, o certyfikację
- o rozszerzenie zakresu certyfikacji
- o ponowną certyfikację
- powtórne, o wznowienie ważności certyfikatu

**IV. Obszar działania podlegający certyfikacji \*:**

- a)  całe przedsiębiorstwo (zlokalizowane w jednej siedzibie, zgodnie z pkt. II),
- b)  całe przedsiębiorstwo, łącznie z następującymi oddziałami zamiejscowymi (nazwy i adres oddziałów):.....  
.....
- c)  wybrane zakłady/wydziały/oddziały przedsiębiorstwa (nazwy i adres):

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>Sieć Badawcza Łukasiewicz - Instytut Spawalnictwa</b><br><b>Ośrodek Certyfikacji</b>                            |                 |
| Certyfikacja systemów zarządzania jakością<br><b>Wniosek o certyfikację</b><br><b>systemu zarządzania jakością</b> | Strona<br>2 / 3 |

Wypełnij w przypadku odpowiedzi b lub c:

| Nazwa Oddziału/Lokalizacji | Adres Oddziału/Lokalizacji | Ilość zatrudnionych o personelu | Ilość zmian produkcyjnych/ilość pracowników na każdej zmianie | Zakres certyfikacji |
|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|---|---------------------|
|                            |                            |                                 |   |                     |
|                            |                            |                                 |   |                     |

**UWAGI:**

#### **V. Rodzaje działalności podlegające certyfikacji** (wg Polskiej Klasyfikacji

Działalności):

**VI. Proponowany zakres certyfikacji (może być zgodny z opisem w pkt. V. lub może określać rodzaj wytwarzanych wyrobów, usług, procesów, itp.):**

#### **VII. Wyłączenia**

Czy są wyłączenia w Systemie Zarządzania Jakością?

TAK  NIE

Uzasadnienie wyłączenia z pkt .....normy.....  
.....

#### **VIII. Podzlecane procesy:**

Czy organizacja podzleca realizację procesów?

TAK  NIE

Jeśli tak to jakie są to procesy:

#### **IX. Struktura organizacyjna:**

Stan zatrudnienia: ogółem: ....., w obszarze objętym certyfikacją:....., w tym w: działach badawczych/projektowych/konstrukcyjnych: ....

w działach technicznego przygotowania produkcji i w logistyce: ....

|  |        |
|--|--------|
| <b>Sieć Badawcza Łukasiewicz - Instytut Spawalnictwa</b> |        |
| <b>Ośrodek Certyfikacji</b>                              |        |
| Certyfikacja systemów zarządzania jakością               | Strona |
| <b>Wniosek o certyfikację</b>                            | 3 / 3  |
| <b>systemu zarządzania jakością</b>                      |        |

w wydziałach/oddziałach produkcyjnych: ....

w działach zarządzania jakością i kontroli: ....

Liczba oddziałów zamiejscowych: ..., Ilość zmian produkcyjnych: ....

Ilość pracowników na każdej zmianie:.....

## **X. Proponowany termin auditu:**

Proponowany termin auditu:

## **XI. Informacja o wdrożeniu systemu zarządzania jakością:**

Data wprowadzenia/planowanego wprowadzenia udokumentowanego systemu zarządzania jakością zgodnego z wymaganiami normy/norm odniesienia zaznaczonej w pkt. I:

## **XII. Identyfikacja konsultanta wdrożonego systemu zarządzania**

### **jakością\*\*\*:**

Imię i nazwisko:

Zakres konsultacji:

\* W odpowiednich punktach zakreślić pola wyboru mające zastosowanie

\*\* W przypadku gdy certyfikacja obejmie ocenę na zgodność z normą PN-EN ISO 3834 i/lub Systemem IIW/EN ISO 3434, do Ośrodka Certyfikacji należy przekazać także wypełniony formularz FSZ-01,

\*\*\* W przypadku, gdy konsultacji udzielało więcej osób, należy wymienić wszystkie osoby

Załącznik: Formularz FSZ-01 Kwestionariusz Wytwórcy

|   |   |
|---|---|
| <b>Wyrażamy zgodę na spełnienie wymagań certyfikacyjnych oraz na dostarczenie</b> |   |
| <b>wszelkich informacji niezbędnych do oceny.</b>                                 |   |
| .....<br>(Miejscowość)  | .....<br>(Data)                           |
| .....<br>(podpis Osoby upoważnionej do kontaktów<br>z Ośrodkiem Certyfikacji)     | .....<br>(Dyrektor)<br>(pieczęć i podpis) |

Wszystkie dane są traktowane jako poufne, zarówno przez Ośrodek Certyfikacji, jak i zespoły auditujące działające w jego imieniu.