

**Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Spawalnictwa
Ośrodek Certyfikacji**

**Program procesu certyfikacji Systemu
Zarządzania Jakością zgodnego
z wymaganiami PN-EN ISO 9001
i PN-EN ISO 3834**

wydanie 8

Zarządzający dokumentacją: <i>mgr inż. Aleksandra Rachwał</i>	
Zatwierdził: <i>dr inż. Eugeniusz Szczok</i>	

Gliwice, 10 czerwiec 2019 r.

Wydawca: Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Spawalnictwa

Ośrodek Certyfikacji

44-100 Gliwice, ul. Bł. Czesława 16-18

Telefon: (032) 231-00-11

FAX: (032) 231-46-52

email: is@is.gliwice.pl

Powielanie i rozpowszechnianie bez zgody Instytutu Spawalnictwa jest zabronione

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Spawalnictwa Ośrodek Certyfikacji	Wersja strony: a 10.06.2019
Program procesu certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z wymaganiami PN-EN ISO 9001 i PN-EN ISO 3834 Wydanie 8	Strona/Stron 3/12

1. Wstęp

Program procesu certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością stosowany jest przez osoby biorące udział w procesie certyfikacji systemu zarządzania jakością na zgodność z normą PN-EN ISO 9001 Systemy zarządzania jakością. Wymagania, łącznie z:

- certyfikacją systemu zarządzania jakością w spawalnictwie spełniającą wymagania określone w normie:
 - a. PN-EN ISO 3834-2 Wymagania jakości dotyczące spawania materiałów metalowych Część 2: Pełne wymagania jakości, lub
 - b. PN-EN ISO 3834-3 Wymagania jakości dotyczące spawania materiałów metalowych Część 3: Standardowe wymagania jakości, lub
 - c. PN-EN ISO 3834-4 Wymagania jakości dotyczące spawania materiałów metalowych Część 4: Podstawowe wymagania jakości, i/lub
- Certyfikacją spełnienia wymagań jakości w spawalnictwie wg systemu IIW/EN ISO 3834 (część 2 lub 3 lub 4).

2. Etapy procesu certyfikacji systemu zarządzania jakością

Proces certyfikacji systemu zarządzania jakością przeprowadzany przez Ośrodek Certyfikacji składa się z następujących etapów i czynności:

- a) wstępny kontakt z Klientem zainteresowanym certyfikacją systemu zarządzania jakością,
- b) przegląd wniosku o certyfikację i podjęcie decyzji o certyfikacji,
- c) zawarcie umowy na przeprowadzenie procesu certyfikacji,
- d) ocena dokumentacji pod względem formalnym (ocena kompletności),
- e) powołanie zespołu auditującego,
- f) audit początkowej certyfikacji – etap pierwszy, w tym ocena dokumentacji pod względem merytorycznym,
- g) audit początkowej certyfikacji – etap drugi,
- h) działania korygujące (jeżeli mają zastosowanie),
- i) ocena procesu certyfikującego,
- j) orzeczenie Komitetu Technicznego,
- k) decyzja o przyznaniu lub odmowie przyznania certyfikatów,
- l) rozliczenie kosztów,
- m) wydanie certyfikatów,
- n) nadzór nad wydanymi certyfikatami

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Spawalnictwa Ośrodek Certyfikacji	Wersja strony: a 10.06.2019
Program procesu certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z wymaganiami PN-EN ISO 9001 i PN-EN ISO 3834 Wydanie 8	Strona/Stron 4/12

3. Opis postępowania procesu certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością

- 3.1. W przypadkach zwrócenia się Klienta zainteresowanego certyfikacją systemu zarządzania jakością do Ośrodka Certyfikacji, należy wstępnie przeanalizować możliwości zrealizowania usługi.
- 3.2. Po stwierdzeniu, że usługa certyfikacyjna mieści się w zakresie akredytacji i może być wykonywana przez Ośrodek Certyfikacji, Koordynator ds. Certyfikowania Systemów Zarządzania Jakością, zwany dalej Koordynatorem lub osoba kompetentna wyznaczona przez Kierownika Ośrodka Certyfikacji przygotowuje ofertę, która zawiera podstawowe informacje o procesie certyfikacji, terminie realizacji usługi, opłatach itp.
- 3.3. Po wyrażeniu przez Organizację chęci przystąpienia do procesu oceny systemu zarządzania jakością Ośrodek Certyfikacji przesyła lub przekazuje przedstawicielowi Organizacji następujące dokumenty i formularze:
 - Wniosek o certyfikację systemu zarządzania jakością (formularz FS-03),
 - Kwestionariusz wytwórcy dotyczący certyfikacji na zgodność z normami serii PN-EN ISO 3834 i/lub Systemem IIW/EWF EN ISO 3834 (formularz FSZ-01),
 - Kwestionariusz spełnienia wymagań Systemu IIW/EWF EN ISO 3834-2, -3, -4 (formularz FSZ-02 lub FSZ-03 lub FSZ-04).
 - „Program procesu certyfikacji systemu zarządzania jakością zgodnego z wymaganiami PN-EN ISO 9001 i PN-EN ISO 3834”.
- 3.4. Po dostarczeniu przez Organizację wypełnionego wniosku o certyfikację i kwestionariusza wytwórcy, wniosek jest rejestrowany. W ciągu 7 dni od dnia rejestracji dokonywany jest przegląd wniosku i kwestionariusza wytwórcy w celu rozwiązania wszelkich różnic w rozumieniu zagadnień pomiędzy Ośrodkiem Certyfikacji a Organizacją, jak również sporządzeniu oceny ryzyka związanego z danym procesem. Wniosek, który jest niekompletny nie podlega rejestracji. Na podstawie wyniku analizy dotyczącej kompletności wniosku i związanego ryzyka podejmowana jest decyzja o przeprowadzeniu procesu certyfikacji.
- 3.5. Po przyjęciu wniosku, Ośrodek Certyfikacji opracowuje i wysyła do Organizacji Umowę dotyczącą oceny i nadzorowania systemu zarządzania jakością (formularz FS-05).
- 3.6. Na podstawie przeglądu wniosku Ośrodek Certyfikacji opracowuje program auditów obejmujący dwa etapy auditu certyfikującego, audyty w nadzorze i ponowną certyfikację. W programie ujęte są obszary certyfikacji, czas trwania auditów oraz próbkowanie w przypadku organizacji wieloodziałowych, jeśli jest to możliwe.
- 3.7. Wysokość opłat podanych w umowie ustala się na podstawie cennika opłat za czynności związane z certyfikacją.

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Spawalnictwa Ośrodek Certyfikacji	Wersja strony: a 10.06.2019
Program procesu certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z wymaganiami PN-EN ISO 9001 i PN-EN ISO 3834 Wydanie 8	Strona/Stron 5/12

- 3.8. Po spisaniu umowy, Organizacja przekazuje do Ośrodka Certyfikacji dokumentację systemu zarządzania jakością oraz wypełniony Kwestionariusz spełnienia wymagań Systemu IIW/EFW ISO 3834-2, -3, -4 (formularz FSZ-02 lub FSZ-03 lub FSZ-04). Kompletność dokumentów w odniesieniu do wymagań ujętych w normie PN-EN ISO 9001 oraz w wybranej normie odniesienia z serii PN-EN ISO 3834 i/lub Systemu IIW/EFW EN ISO 3834 ocenia Koordynator, a wyniki oceny dokumentuje na formularzu: Ocena kompletności dokumentacji (formularz FSZ-05). Formalnej oceny dokumentacji przekazanej przez Organizację do Ośrodka Certyfikacji dokonuje Koordynator, który sprawdza, czy dostarczona wraz z umową dokumentacja systemu zarządzania jakością jest kompletna i czy odnosi się do wszystkich wymagań norm odniesienia.
- 3.9. Ocenie poddawane są: wszystkie przekazane udokumentowane informacje oraz Kwestionariusz spełnienia wymagań Systemu IIW/EFW ISO 3834-2, -3, -4.
- 3.10. Opis systemu zarządzania jakością, powinien informować o wdrożeniu i funkcjonowaniu systemu zarządzania jakością według normy PN-EN ISO 9001 i serii norm PN-EN ISO 3834 i/lub Systemu IIW/EFW EN ISO 3834. Powinien także zawierać schemat organizacyjny przedstawiający strukturę nadzoru spawalniczego w organizacji. Powinien zawierać deklarację Polityki Jakości.
- 3.11. Udokumentowane informacje wymagane przez normę PN-EN ISO 9001.
- 3.12. Udokumentowane informacje zapewniające spełnienie pozostałych wymagań ustalonych w normie PN-EN ISO 9001. Powinny dotyczyć: zgodnie z deklarowanym zakresem działania i zidentyfikowanymi procesami, między innymi: zarządzanie zasobami ludzkimi i infrastrukturą, procesów związanych z realizacją wyrobu, tj: planowania realizacji wyrobu, procesu związanego z klientem, projektowania i rozwoju, zakupów, produkcji i dostarczania usługi, i nadzorowania wyposażenia do monitorowania i pomiarów, oraz procesu: pomiary, analiza i doskonalenie procesów i wyrobów, a także innych procesów, jeżeli jest to uzasadnione.
- 3.13. Komplet udokumentowanych informacji dotyczący normy PN-EN ISO 3834-2 i/lub Systemu IIW/EFW EN ISO 3834 część 2 lub PN-EN ISO 3834-3 i/lub Systemu IIW/EFW EN ISO 3834 część 3 stanowiący uzupełnienie dokumentacji systemu zarządzania jakością QMS wg PN-EN ISO 9001 powinien dotyczyć: przeglądu wymagań i przeglądu technicznego, podwykonawstwa, personelu spawalniczego, personelu kontroli i badania, sprzętu, spawania i działalności związanej, materiałów dodatkowych do spawania, magazynowania materiałów podstawowych, obróbki cieplnej po spawaniu, kontroli i badań, niezgodności i działań korygujących, wzorcowania i walidowania sprzętu do pomiaru, kontroli i badania, identyfikacji i identyfikowalności oraz zapisów jakości.

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Spawalnictwa Ośrodek Certyfikacji	Wersja strony: b 10.06.2019
Program procesu certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z wymaganiami PN-EN ISO 9001 i PN-EN ISO 3834 Wydanie 8	Strona/Stron 6/12

- 3.14. Pojedynczy dokument może odnosić się do wymagań dla jednej lub kilku udokumentowanych informacji oraz jednej lub dwóch norm odniesienia.
- 3.15. Ocenie formalnej poddawane są także odpowiedzi udzielone przez Organizację na Kwestionariuszu spełnienia wymagań Systemu IIW/EWF ISO 3834-2, -3, -4 (formularz FSZ-02 lub FSZ-03 lub FSZ-04) odpowiedniej części Systemu IIW/EWF EN ISO 3834, oraz inne dokumenty dostarczone w przypadkach, gdy Ośrodek uznał to za konieczne.
- 3.16. Po podpisaniu umowy, Kierownik Ośrodka Certyfikacji pełniący obowiązki Zarządzającego Systemem Jakości ANBCC powołuje zespół auditujący i osobę podejmującą decyzję certyfikacyjną, do przeprowadzenia auditu początkowej certyfikacji. Skład zespołu auditującego ustala się na podstawie wnioskowanego obszaru, zakresu certyfikacji oraz wnioskowanego stopnia integracji, biorąc pod uwagę optymalną wielkość zespołu i tzw. liczbę auditoro-dni. Auditorów technicznych i ekspertów technicznych wybiera się, przy uwzględnieniu ich kwalifikacji, wiedzy i doświadczenia w danej branży.
- 3.17. Dobór członków zespołów auditujących do konkretnych zadań certyfikacyjnych jest przeprowadzony w oparciu o procedurę PO-12.
- 3.18. Auditorzy i eksperci techniczni powołani do zespołów auditujących, są zobowiązani podpisać oświadczenie o braku powiązań z certyfikowaną organizacją w okresie ostatnich 2 lat (formularz FSZ-06). Auditorzy i eksperci techniczni podlegają ocenie bezstronności zgodnie z procedurą PO-11.
- 3.19. Audit początkowej certyfikacji systemu zarządzania jakością prowadzony jest w dwóch etapach: w pierwszym etapie i w drugim etapie, przy czym przynajmniej część 1 etapu powinna odbyć się w obiektach organizacji.
- 3.20. Obliczanie czasu trwania auditu odbywa się w oparciu o procedurę PS-02. Zarządzanie auditami w organizacjach wieloodziałowych odbywa się w oparciu o procedurę PS-03.
- 3.21. Siedem dni przed planowanym terminem auditu Ośrodek Certyfikacji jest zobowiązany przedstawić Organizacji plan auditu zawierający termin auditu, skład zespołu auditującego oraz program auditu. Ośrodek Certyfikacji informuje również o czasie trwania auditu, który jest uzależniony od ilości zatrudnionego personelu, ryzyka wytwarzanego wyrobu lub usługi oraz innych czynników. Informuje również o uzasadnieniu przedłużenia lub skrócenia czasu auditu. Organizacja ma prawo zakwestionować proponowanych członków zespołu auditującego (w tym ekspertów, obserwatorów i osoby szkolone), jeżeli uzna, że może to zagrozić jej interesom w odniesieniu do prawa własności i ochrony informacji. W przypadku braku zgody na proponowany termin lub skład zespołu auditującego, Organizacja jest zobowiązana pisemnie uzasadnić swoją decyzję.
- 3.22. Pierwszy etap auditu początkowej certyfikacji, którego przynajmniej część odbywa się w obiektach Organizacji, przeprowadzany jest w celu auditowania dokumentacji systemu zarządzania jakością (ocena merytoryczna dokumentacji), oceny lokalizacji Organizacji i specyficznych dla lokalizacji warunków oraz przeprowadzenia rozmów z personelem w celu określenia gotowości do drugiego etapu auditu.

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Spawalnictwa Ośrodek Certyfikacji	Wersja strony: a 10.06.2019
Program procesu certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z wymaganiami PN-EN ISO 9001 i PN-EN ISO 3834 Wydanie 8	Strona/Stron 7/12

- 3.23. Ustalenia z pierwszego etapu auditu są dokumentowane w „Raporcie z pierwszego etapu auditu”. Auditor wiodący jest zobowiązany w terminie do 14 dni dostarczyć Raport z pierwszego etapu auditu do Ośrodka. Kopia raportu jest przekazywana do Organizacji.
- 3.24. Raport z pierwszego etapu auditu, zawiera identyfikację wszystkich obszarów, będących przedmiotem zainteresowania, które mogłyby być zaklasyfikowane jako niezgodności podczas drugiego etapu auditu. Przy ustalaniu daty drugiego etapu auditu uwzględniany jest charakter działań korygujących związanych z zidentyfikowanymi niezgodnościami.
- 3.25. Drugi etap auditu, który odbywa się w obiektach Organizacji, obejmuje:
- a) informacje i dowody zgodności ze wszystkimi wymaganiami stosownej normy dotyczącej systemu zarządzania jakością,
 - b) monitorowanie, pomiary, raportowanie i przeglądanie osiągnięć w odniesieniu do kluczowych celów i zadań (zgodnych z oczekiwaniami w stosownej normie dotyczącej systemu zarządzania jakością),
 - c) system zarządzania jakością organizacji i sposób jego działania pod względem zgodności z prawem,
 - d) kontrolę operacyjną procesów organizacji,
 - e) audyty wewnętrzne i przeglądy zarządzania,
 - f) odpowiedzialność kierownictwa za politykę organizacji, powiązania pomiędzy wymaganiami normatywnymi, polityką, celami i zadaniami dotyczącymi osiągnięć (spójnymi z oczekiwaniami w stosownej normie dotyczącej systemu zarządzania jakością), wszystkimi mającymi zastosowanie wymaganiami prawnymi, odpowiedzialnością, kompetencjami personelu, działaniami, procedurami, danymi dotyczącymi osiągnięć oraz ustaleniami i wnioskami z auditów wewnętrznych.
- 3.26. Zakres badań auditowych wynika z norm i dokumentów zawierających kryteria certyfikacji i wnioskowany zakres certyfikacji.
- 3.27. Po przeprowadzeniu drugiego auditu zostają sporządzone przez audytora wiodącego „Raport z auditu” i „Raport z oceny”, zawierający ocenę odnośnie stopnia zgodności systemu zarządzania jakością z normą odniesienia i dokumentami związanymi wraz ze spostrzeżeniami i komentarzami do niezgodności, oraz ocenę zdolności systemu do osiągnięcia wyznaczonych celów jakościowych a także wniosek o udzielenie, bądź o nie udzielenie certyfikacji. Karty niezgodności stanowią integralną część raportu.
- 3.28. Organizacja ma obowiązek zainicjować i przeprowadzić działania poauditowe: korygujące niezbędne do wyeliminowania niezgodności i/lub ich przyczyn. Działania korygujące powinny się zakończyć w terminie ustalonym przez organizację i uzgodnionym z auditorem wiodącym. Zaleca się, aby termin ten nie przekraczał 3 miesięcy od daty zakończenia auditu. W szczególnych przypadkach okres ten może być wydłużony stosownie do decyzji Kierownika Ośrodka.

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Spawalnictwa Ośrodek Certyfikacji	Wersja strony: a 10.06.2019
Program procesu certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z wymaganiami PN-EN ISO 9001 i PN-EN ISO 3834 Wydanie 8	Strona/Stron 8/12

- 3.29. Raport z auditu i Raport z oceny auditor wiodący przekazuje do Ośrodka Certyfikacji. Ośrodek Certyfikacji jest zobowiązany w terminie do 1 miesiąca dostarczyć do Organizacji kopię Raportu z auditu.
- 3.30. W oparciu o Raport z pierwszego i drugiego etapu auditu, dokumentację certyfikacyjną Kierownik Ośrodka lub Zastępca Kierownika Ośrodka Certyfikacji dokonuje oceny systemu zarządzania jakością na zgodność z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2009 i PN-EN ISO 3834-2:2007. Następnie przedstawia ocenę wraz z raportem Komitetowi Technicznemu ds. Certyfikowania Systemów Zarządzania Jakością Ośrodka Certyfikacji. Komitet Techniczny opiniuje i wydaje orzeczenie w sprawie wydania lub odmowy wydania certyfikatów systemu zarządzania jakością.
- 3.31. Na podstawie orzeczenia Komitetu Technicznego ds. Certyfikacji Systemów Zarządzania Jakością osoba powołana podejmuje decyzję o wydaniu certyfikatów systemu zarządzania jakością, wraz z określeniem zakresu certyfikacji lub o odmowie jego wydania. Uprawnienia tego nie można przekazywać osobie lub jednostce zewnętrznej.
- 3.32. Po wydaniu decyzji o certyfikacji lub o odmowie certyfikacji, Ośrodek Certyfikacji dokonuje rozliczenia kosztów procesu certyfikacyjnego. Organizacja po otrzymaniu faktury zobowiązana jest do przekazania stosownej opłaty. W przypadku przerwania procesu certyfikacyjnego Organizacja zostaje obciążona rzeczywiście poniesionymi kosztami.
- 3.33. Ośrodek Certyfikacji wydaje Organizacji oryginał certyfikatów i ich kopię; druga kopia certyfikatów pozostaje w Ośrodku Certyfikacji. W przypadku wystąpienia Organizacji o certyfikaty w obcych wersjach językowych, stosowną decyzję podejmuje Kierownik Ośrodka Certyfikacji. Przekazanie certyfikatów może odbywać się sposobem ustalonym z Organizacją: przesyłką poleconą lub bezpośrednio. Certyfikaty wydaje się na okres 3 lat. Data wydania na certyfikatach nie powinna być wcześniejsza od daty podjęcia decyzji o certyfikacji.

4. Nadzór nad systemem zarządzania jakością Organizacji

- 4.1. W okresie ważności certyfikatu Ośrodek Certyfikacji sprawuje nadzór nad systemem zarządzania jakością w celu upewnienia się, czy spełnia on w dalszym ciągu wymagania stawiane przy certyfikacji oraz wynikające z zawartej umowy, poprzez audyty w nadzorze planowane i audyty specjalne.
- 4.2. Audyty w nadzorze są przeprowadzane, co najmniej raz w roku. Data pierwszego auditu w nadzorze po certyfikacji nie powinna być dłuższa niż 12 miesięcy od podjęcia decyzji certyfikacyjnej.
- 4.3. Ośrodek Certyfikacji utrzymuje certyfikację na podstawie wykazania, że Organizacja stale spełnia wymagania normy dotyczącej systemu zarządzania jakością, w oparciu o pozytywny wniosek auditora wiodącego.

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Spawalnictwa Ośrodek Certyfikacji	Wersja strony: a 10.06.2019
Program procesu certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z wymaganiami PN-EN ISO 9001 i PN-EN ISO 3834 Wydanie 8	Strona/Stron 9/12

- 4.4. Organizacja jest zobowiązana poinformować Ośrodek Certyfikacji bez zwłoki, o zmianach, które mogą wpływać na zdolność systemu zarządzania jakością do dalszego spełniania wymagań normy stanowiącej podstawę certyfikacji. Zmiany te mogą dotyczyć:
- a) statusu prawnego, handlowego, organizacyjnego lub własnościowego,
 - b) struktury organizacyjnej i zarządzania (np. kluczowego personelu zarządzającego, personelu podejmującego decyzje lub technicznego),
 - c) adresu do kontaktów i miejsc prowadzenia działalności,
 - d) zakresu działania objętego certyfikowanym systemem zarządzania, oraz
 - e) głównych zmian w systemie zarządzania i procesach.
- 4.5. Audyty specjalne (audyty z krótkim terminem powiadamiania) przeprowadza się w celu zbadania skarg na działalność certyfikowanej Organizacji wpływających do Ośrodka Certyfikacji, zmian organizacyjnych, lub w ramach dalszego postępowania z Organizacjami zawieszonymi.
- 4.6. Plan auditu specjalnego jest przesyłany do certyfikowanej Organizacji nie później niż na 5 dni przed jego planowanym rozpoczęciem, z informacją, że wyrażenie sprzeciwu wobec terminu, zakresu lub składu zespołu auditującego bez merytorycznego uzasadnienia może spowodować zawieszenie certyfikacji.
- 4.7. Czas trwania auditu specjalnego dostosowany jest do celu i zakresu auditu. Ośrodek Certyfikacji zachowuje dodatkową ostrożność przy powoływaniu auditorów do auditu specjalnego.
- 4.8. Szczegóły prowadzenia nadzoru nad systemem zarządzania jakością Organizacji określone są w umowie między Organizacją a Ośrodkiem Certyfikacji, ustalającą między innymi prawa i obowiązki stron po wydaniu certyfikatu i znaku certyfikacji, a także zawierającej inne ustalenia konieczne do sprawowania nadzoru przez Ośrodek Certyfikacji.
- 4.9. W przypadku zmian w systemie certyfikacji wprowadzonych przez PCA, Ośrodek Certyfikacji ma obowiązek poinformowania o zmianach w celu dostosowania się Organizacji do nowych wymagań. Termin tego dostosowania jest uzgadniany pomiędzy stronami umowy. Ośrodek Certyfikacji ocenia wprowadzenie przez Organizację nowych wymagań przy najbliższym audicie w nadzorze lub audicie odnawiającym.

5. Utrzymanie certyfikacji

Jeśli podczas auditów w nadzorze nie stwierdzono niezgodności lub w wymaganym terminie niezgodności zostały usunięte, decyzję o utrzymaniu certyfikacji podejmuje osoba powołana przez Kierownika Ośrodka Certyfikacji pełniącego obowiązki Zarządzającego Systemem Jakości ANBCC, na wniosek auditora wiodącego, po uprzednim zasięgnięciu opinii Komitetu Technicznego.

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Spawalnictwa Ośrodek Certyfikacji	Wersja strony: a 10.06.2019
Program procesu certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z wymaganiami PN-EN ISO 9001 i PN-EN ISO 3834 Wydanie 8	Strona/Stron 10/12

6. Zawieszenie i wznowienie certyfikacji

- 6.1. Zawieszenie certyfikacji może nastąpić w wyniku:
- a) nie usunięcia w terminie stwierdzonych podczas auditu w nadzorze (planowanego lub specjalnego) dużych niezgodności wskazujących, że certyfikowany system zarządzania jakością organizacji stale lub w poważnym stopniu nie spełnia wymagań certyfikacyjnych, w tym wymagań dotyczących skuteczności systemu zarządzania,
 - b) uchybień w wywiązywaniu się organizacji z zobowiązań określonych w umowie, w tym braku zgody na przeprowadzenie auditów w nadzorze lub auditów specjalnych,
 - c) dobrowolnego zgłoszenia przez organizację czasowej rezygnacji z certyfikatu.
- 6.2. Ośrodek przekazuje organizacji decyzję o zawieszeniu ważności certyfikatu w formie pisemnej, w której podaje się:
- a) przyczynę zawieszenia ważności certyfikatu,
 - b) okres zawieszenia ważności certyfikatu,
 - c) warunki wznowienia ważności certyfikatu,
- Pisemną decyzję o zawieszeniu ważności certyfikatu Ośrodek przekazuje niezwłocznie, prosząc o zwrot certyfikatu.
- 6.3. Czas (okres) zawieszenia certyfikacji nie powinien przekraczać 6 m-cy. W okresie zawieszenia ważności certyfikacji Ośrodek podaje w wykazach certyfikowanych organizacji, dostępnych w internecie na stronie Instytutu Spawalnictwa, stan zawieszenia certyfikacji. W konsekwencji organizacja zobowiązana jest do poinformowania swoich klientów o zawieszeniu ważności certyfikacji.
- 6.4. Ośrodek Certyfikacji może zawiesić certyfikację jednego oddziału organizacji wielooddziałowej a także na jeden system zarządzania jakością w przypadku udzielenia certyfikacji dla zintegrowanego systemu zarządzania.
- 6.5. Wznowienie ważności certyfikatu może nastąpić w przypadku przekazania przez organizację informacji o spełnieniu warunków określonych w decyzji o zawieszeniu.
- 6.6. Podstawą wznowienia ważności certyfikatu jest decyzja wydana w oparciu o pozytywny wynik auditu w organizacji. Decyzja o wznowieniu ważności certyfikacji jest przekazywana organizacji pisemnie. Wznowienie ważności certyfikacji nie powoduje zmiany identyfikacji posiadanego certyfikatu.

7. Cofnięcie certyfikacji

- 7.1. Cofnięcie certyfikacji może nastąpić w wyniku:
- a) świadomego naruszenia przez certyfikowaną Organizację praw klienta organizacji lub nadużycia jego zaufania,
 - b) niewłaściwego użycia certyfikatu,
 - c) uniemożliwienia przeprowadzenia auditu w nadzorze w Organizacji,
 - d) niespełnienia w ustalonym terminie warunków postawionych przy zawieszeniu ważności certyfikacji,
 - e) zaprzestania działalności objętej zakresem certyfikacji.

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Spawalnictwa Ośrodek Certyfikacji	Wersja strony: a 10.06.2019
Program procesu certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z wymaganiami PN-EN ISO 9001 i PN-EN ISO 3834 Wydanie 8	Strona/Stron 11/12

- 7.2. W decyzji o cofnięciu certyfikacji, przekazanej niezwłocznie w formie pisma, podaje się:
- a) uzasadnienie decyzji,
 - b) informację dotyczącą możliwości i warunków ponownego ubiegania się o certyfikację.
- 7.3. W konsekwencji cofnięcia certyfikacji organizacja jest zobowiązana:
- a) zwrócić certyfikat do Ośrodka,
 - b) wycofać z użycia wszystkie kopie certyfikatu,
 - c) usunąć z całej dokumentacji systemu zarządzania jakością i wydawanych materiałów powoływanie się na certyfikację,
 - d) poinformować swoich klientów o cofnięciu certyfikacji.
- 7.4. Po podjęciu decyzji o cofnięciu certyfikacji Ośrodek wykreśla organizację z wykazu certyfikowanych Organizacji. Organizacja może ubiegać się ponownie o certyfikację po upływie co najmniej 1 roku od daty cofnięcia, składając nowy wniosek w Ośrodku. Tryb postępowania jest taki jak przy pierwszym wniosku o certyfikację.

8. Ograniczenie zakresu certyfikacji

Bezterminowe i czasowe ograniczenie zakresu certyfikacji może nastąpić:

- a) w wyniku auditu w nadzorze, w celu wykluczenia tych elementów, w których Organizacja stale lub w poważnym stopniu nie spełnia wymagań certyfikacyjnych, lub jeżeli stwierdzono brak możliwości prowadzenia działalności w pełnym zakresie udzielonej certyfikacji,
- b) na wniosek Organizacji, bez wykonywania auditu, np. z przyczyn losowych, modernizacji wyposażenia, zmiany lokalizacji itp. Decyzja jest poprzedzona analizą stosownej dokumentacji w celu stwierdzenia, czy wnioskowane ograniczenie zakresu certyfikacji nie wpłynie negatywnie na kompetencje Organizacji w odniesieniu do pozostałej części zakresu certyfikacji.

9. Rozszerzenie zakresu certyfikacji

Rozszerzenie zakresu certyfikacji może nastąpić na wniosek Organizacji w ciągu całego okresu ważności certyfikacji. W przypadku wystąpienia Organizacji o rozszerzenie zakresu certyfikacji o obszary, działania lub elementy systemu zarządzania jakością, które nie były objęte certyfikacją, sposób i zakres oceny określa Kierownik Ośrodka Certyfikacji.

10. Ponowna certyfikacja

- 10.1. Ponowna certyfikacja może nastąpić w przypadku złożenia przez organizację, wniosku o ponowną certyfikację. Wniosek (formularz FS-03) powinien być złożony nie później niż 3 miesiące przed datą upływu ważności certyfikatu.
- 10.2. Celem auditu ponownej certyfikacji jest potwierdzenie stałej zgodności i skuteczności systemu zarządzania jakością jako całości oraz jego stałej odpowiedniości i przydatności do zakresu certyfikacji.
- 10.3. W przypadku wystąpienia organizacji o ponowną certyfikację, Ośrodek przeprowadza ponownie ocenę systemu zarządzania jakością z wykorzystaniem wyników auditów w nadzorze. Jeżeli w sytuacji Organizacji wystąpią istotne zmiany, audit odnawiający może być przeprowadzony w trybie dwuetapowym.

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Spawalnictwa Ośrodek Certyfikacji	Wersja strony: a 10.06.2019
Program procesu certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z wymaganiami PN-EN ISO 9001 i PN-EN ISO 3834 Wydanie 8	Strona/Stron 12/12

11. Przeniesienie praw do certyfikatu

11.1. W przypadku zmiany statusu prawnego posiadacza certyfikatu, zasady przeniesienia praw do certyfikatu określa Kierownik Ośrodka. Ustala on również dokumentację niezbędną do przeniesienia praw własności. Pisemna informacja o decyzji Kierownika Ośrodka w sprawie zmiany statusu certyfikatu przekazywana jest zainteresowanej organizacji w oparciu o jego udokumentowany wniosek.

12. Rezygnacja z certyfikacji

12.1. Organizacja może zrezygnować z certyfikacji, z dowolnej przyczyny i w dowolnym terminie. Rezygnacja powinna mieć formę pisemną. W przypadku rezygnacji z certyfikacji, a w konsekwencji cofnięcia certyfikacji, organizacja jest zobowiązana spełnić wymagania pkt. 7.3

13. Zasady użycia certyfikatu i znaku certyfikacji (logo systemu)

13.1. Certyfikowana Organizacja ma prawo do publikowania swojego certyfikatu i używania logo systemu w sposób uznany za właściwy zapewniając, że publikacje te przedstawiają właściwy obraz możliwości spełnienia wymagań objętych certyfikatem.

13.2. Zabrania się Organizacji dokonywania zmian w certyfikacie i jego kopiach i/lub publikowania/używania certyfikatu poza określonym zakresem.

14. Poufność i ochrona

14.1. Osoby wykonujące czynności związane z certyfikacją, będące pracownikami Ośrodka Certyfikacji jak i osoby z innych komórek organizacyjnych Instytutu Spawalnictwa lub spoza niego, oraz członkowie Komitetu Technicznego, są zobowiązane do zachowania poufności w odniesieniu do informacji uzyskanych w trakcie procesu. Osoby te są również zobowiązane do nienaruszenia praw własności Organizacji (prawa autorskie i pochodne). Obowiązuje je również zasada obiektywności wykonywanej oceny systemu zarządzania jakością Organizacji.

15. Odwołania, skargi i sprawy sporne

15.1. Organizacja ma prawo składania do Ośrodka Certyfikacji skarg dotyczących uchybień w pracy Ośrodka Certyfikacji,

15.2. Organizacja ma prawo odwołania się od decyzji podjętych przez Ośrodek w trakcie procesu certyfikacji.

15.3. Decyzje dotyczące skarg i odwołań podejmowane są przez Kierownika Ośrodka Certyfikacji lub Z-cę Kierownika Ośrodka Certyfikacji. Decyzje dotyczące odwołań są podejmowane po zasięgnięciu opinii powołanego Zespołu Odwoławczego. W przypadku nie uznania odwołania przez Kierownika Ośrodka Certyfikacji lub Z-cę Kierownika Ośrodka Certyfikacji, Organizacja może zwrócić się do Dyrektora Instytutu Spawalnictwa o ponowne rozpatrzenie odwołania. W takiej sytuacji Dyrektor Instytutu Spawalnictwa, przed podjęciem ostatecznej decyzji, może dodatkowo zwrócić się do Komitetu Technicznego o wydanie opinii do rozpatrywanego odwołania.

15.4. Szczegółowy tok postępowania z odwołaniami, skargami i innymi sprawami spornymi jest opisany w procedurze PO-06 dostępnej na stronie www.is.gliwice.pl

16. Przenoszenie akredytowanej certyfikacji

16.1. Ośrodek Certyfikacji nie przenosi akredytowanych certyfikacji. Każdy proces przejścia jest traktowany jak nowa certyfikacja i odbywa się zgodnie z procedurą dotyczącą początkowej certyfikacji.