

Sieć Badawcza Łukasiewicz - Instytut Spawalnictwa	
Ośrodek Certyfikacji	
Certyfikacja procesów spawania	Strona
Wniosek o certyfikację	1 / 2
procesów spawania	

Numer rejestracyjny Data wpłynięcia wniosku
 (wypełnia Ośrodek Certyfikacji) (wypełnia Ośrodek Certyfikacji)

Wnioskodawca:

Nazwa:

.....

Ulica Kod / Miejscowość

Status prawny:.....

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

Nr KRS:..... Sąd rejestrowy.....

.....

Nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej do kontaktów z Ośrodkiem Certyfikacji i
 podpisywania dokumentów związanych z certyfikacją:

Adres osoby upoważnionej:

Telefon: Fax: e-mail:

Złożenie Wniosku *:

- po raz pierwszy powtórne, o odnowienie ważności
 powtórne, o rozszerzenie zakresu certyfikatu

Obszar działania podlegający certyfikacji *:

- całe przedsiębiorstwo
 wybrany zakład/wydział przedsiębiorstwa.....

Rodzaje wyrobów, dla których wytwarzania wykorzystywane są procesy spawania zgłaszane do certyfikacji:

.....

.....

.....

Organizacja produkuje wyroby *:

- podlegające CPR 305/2011 (wyroby budowlane)
 podlegające 2014/68/UE (urządzenia ciśnieniowe)
 podlegające PN-EN 15085 (pojazdy szynowe i ich części)
 nie podlegające powyższym regulacjom

Sieć Badawcza Łukasiewicz - Instytut Spawalnictwa	
Ośrodek Certyfikacji	
Certyfikacja procesów spawania	Strona
Wniosek o certyfikację	2 / 2
procesów spawania	

Norma / normy będące podstawą certyfikacji *:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Norma PN - EN ISO 3834-2:2021-09 | <input type="checkbox"/> System IIW/EWF EN ISO 3834-2 |
| <input type="checkbox"/> Norma PN - EN ISO 3834-3:2021-09 | <input type="checkbox"/> System IIW/EWF EN ISO 3834-3 |
| <input type="checkbox"/> Norma PN - EN ISO 3834-4:2021-09 | <input type="checkbox"/> System IIW/EWF EN ISO 3834-4 |

Struktura organizacyjna:

Liczba oddziałów zamiejscowych:, Ilość zmian produkcyjnych:

Stan zatrudnienia: ogółem:, w obszarze objętym certyfikacją:

w tym w: działach projektowych:....., w działach techn. przygotow. produkcji i logistyce:

....., w wydz. produkcyjnych:....., w działach zapewnienia jakości i kontroli:

Rodzaj auditu*:

- | | |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Audit certyfikujący | Proponowany termin: |
| <input type="checkbox"/> Audit odnawiający | Proponowany termin: |

**Wyrażamy zgodę na spełnienie wymagań certyfikacyjnych oraz na dostarczenie
wszelkich informacji niezbędnych do oceny.**

..... (Miejscowość) (Data)

..... (podpis Osoby upoważnionej do kontaktów z Ośrodkiem Certyfikacji) (Dyrektor)
(pieczęć i podpis)

Ocena i akceptacja wniosku:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> wniosek wypełniony prawidłowo | <input type="checkbox"/> wniosek niepełny, do uzupełnienia |
| <input type="checkbox"/> akceptacja | <input type="checkbox"/> brak akceptacji |

powody braku akceptacji:

.....
data i podpis osoby przeglądającej wniosek