

ΑΙΤΗΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

BQC
Φορέας Πιστοποίησης
Δ. Γούναρη 96 & Λ. Κηφισίας
15125, Μαρούσι
T 211 2213726
info@bqc.gr
www.bqc.gr

Επωνυμία Οργανισμού:

Αντικείμενο εργασιών/Πεδίο πιστοποίησης:

Υπεύθυνος επικοινωνίας:

Τηλέφωνο:

Fax:

e-mail:

ΑΦΜ:

ΔΟΥ:

Ιστοσελίδα:

Διεύθυνση έδρας:

Διευθύνσεις υποκαταστημάτων:

Σύμβουλος για την ανάπτυξη του Συστήματος Διαχείρισης (εάν υπάρχει):

Πρότυπο για το οποίο ζητείται πιστοποίηση:

| | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| ISO 9001 | <input type="checkbox"/> | YA (ΔΥ86/1348) | <input type="checkbox"/> | ISO 13485 | <input type="checkbox"/> |
| ISO 22000 | <input type="checkbox"/> | ISO 37001 ⁽³⁾ | <input type="checkbox"/> | ISO 45001 ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> |
| HACCP | <input type="checkbox"/> | ISO 29993/ ISO 21001 | <input type="checkbox"/> | «Ελληνικό Πρωινό» | <input type="checkbox"/> |
| ISO 14001 ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> | ISO/IEC 27001 ⁽⁴⁾ | <input type="checkbox"/> | Άλλο | |
| OHSAS 18001 ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> | ISO 50001 | <input type="checkbox"/> | παρακαλούμε όπως αναφέρετε | |

⁽¹⁾ Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε και το Παράρτημα Α.

⁽²⁾ Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε και το Παράρτημα Β.

⁽³⁾ Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε και το Παράρτημα Γ.

⁽⁴⁾ Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε και το Παράρτημα Δ.

Συνολικός αριθμός προσωπικού:

Προσωπικό ανά βάρδια:

Αριθμός βαρδιών:

Προσωπικό μερικής απασχόλησης:

Προσωπικό εποχικής απασχόλησης:

Γλώσσα Επικοινωνίας/Εγγράφων:

Ωράριο Εργασίας:

Αναλυτική περιγραφή κατανομής προσωπικού

Διοίκηση/ Διαχείριση συστήματος:

Γραμματεία/ Εξυπηρέτηση πελατών:

Παραγωγή/ Υλοποίηση υπηρεσίας:

Σχεδιασμός/ Έρευνα και ανάπτυξη:

Πωλητές/ Οδηγοί/ Εξωτερικοί:

Άλλες δραστηριότητες:

Αριθμός μελετών HACCP:

συμπληρώνεται μόνο για τα συστήματα διαχείρισης ασφάλειας τροφίμων

Υπαρξη άδειας λειτουργίας: Ναι Όχι

Νομοθεσία/Κανονισμοί που αφορούν στον προϊόν ή/και την παρεχόμενη υπηρεσία:

Παρέχετε με υπεργολαβία μέρος ή όλο κάποιες διεργασίες σας; Ναι Όχι

Αν ναι, ποιες διεργασίες και σε ποιους υπεργολάβους (επωνυμία και δραστηριότητα υπεργολάβου):

Επιθυμείτε μέρος της επιθεώρησης να διενεργηθεί με τη χρήση τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνίας (ΤΠΕ)*; Ναι Όχι

*εφόσον κριθεί εφικτό σύμφωνα με τα κανονιστικά έγγραφα του Φορέα

Το Σύστημα Διαχείρισης που εφαρμόζετε είναι ήδη πιστοποιημένο; Ναι Όχι

Αν ναι, ως προς ποια πρότυπα;

Ημερομηνία λήξης πιστοποιητικού:

Ημερομηνία έναρξης τήρησης του Συστήματος Διαχείρισης:

Επιθυμητή ημερομηνία επιθεώρησης:

Ημερομηνία

Σφραγίδα/Υπογραφή

/ /