|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Data rejestracji wniosku**  *(wypełnia CCJ)* | | **Identyfikator organizacji**  *(wypełnia CCJ)* | |
| WNIOSEK O CERTYFIKACJĘ I/LUB AUDYTna zgodność z: | | | |
| PN-EN ISO 9001 *(QMS)*  PN-EN ISO 14001 *(EMS)*  PN-EN ISO 45001 *(HSMS)*  PN-EN ISO/IEC 27001 *(ISMS)*  PN-EN ISO 22000 *(FSMS)*  Audyt EMAS  PN-EN ISO 50001 *(EnMS)*  PN-EN ISO 22301 *(BCMS)* | | WSK  AQAP 2110[[1]](#footnote-1)  AQAP 2310  AQAP 2210 z AQAP 2110  AQAP 2105 z AQAP 2110  PN-EN 14065 *(TP)*  PN-EN ISO 17100 *(TS)*  PN-EN ISO 22716 *(GMP)* PN-ISO 37001 *(ABMS)* | | PN-EN 15224 (MED)  PN-EN ISO 3834-2 *(SPAW)*  Społeczna Odpowiedzialność Biznesu (CSR)  PN-ISO/IEC 27017 (CS)  PN-ISO/IEC 27018 (PII)  ISO/IEC 27701 (ZP)  Inne: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Dane organizacji** | | | |
| **Nazwa organizacji** *(zgodnie z KRS lub innym dokumentem rejestrowym)* | |  | |
| **Adres organizacji – prowadzenia działalności**  *(ulica, kod pocztowy miasto)* | |  | |
| **Adres rejestrowy**  *(ulica, kod pocztowy miasto)* | |  | |
| **NIP / KRS / REGON** | |  | |
| **Adres e-mail:** | **Telefon:** | | **Strona www:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Przedstawiciele organizacji** | |
| **Prezes / Właściciel**  *(imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail)* |  |
| **Pełnomocnik / Osoba odpowiedzialna za system**  *(imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail)* |  |
| **Osoba upoważniona do kontaktów**  *(imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Wymagania prawne związane z prowadzoną działalnością oraz zakresem certyfikacji**[[2]](#footnote-2)*dotyczące wyrobów/usług i/lub aspektów, zagrożeń, np.: główne ustawy, decyzje, zarządzenia, normy, itp.; nr księgi rejestrowej (dot. podmiotów medycznych);* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Wdrożenie systemu zarządzania w organizacji** | we własnym zakresie  firma konsultingowa:  *(proszę podać nazwę, imię i nazwisko konsultanta)* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5. Identyfikacja prowadzonej działalności objętej zakresem certyfikacji** | | | |
| Nazwa i adres lokalizacji  objętej wnioskiem[[3]](#footnote-3) | Rodzaj systemu | Zakres certyfikacji[[4]](#footnote-4) | Procesy wynikające z zakresu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Procesy zlecane na zewnątrz wynikające z ww. zakresu certyfikacji**  *(Jeśli w Państwa Organizacji występują procesy, które realizowane są przez firmy zewnętrzne i które mogą oddziaływać na zgodność z wymaganiami)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Działalność nieobjęta zakresem certyfikacji** *(proszę wypełnić jeżeli dotyczy)* | |
| **Dodatkowe procesy realizowane w ramach Państwa działalności nieobjęte zakresem certyfikacji** |  |
| **Dodatkowe lokalizacje, w których realizowane są procesy nieobjęte zakresem certyfikacji** |  |
| **Części organizacji, wyroby, usługi, które nie są objęte zakresem certyfikacji** *(dot. systemu zarządzania ciągłością działania – BCMS)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. Niemające zastosowania wymagania** *dotyczące ISO 9001, AQAP 2110, ISO/IEC 27001, WSK* | pkt. …………  Uzasadnienie: ……………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Proponowany termin przeprowadzenia auditu** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba upoważniona do złożenia wniosku** | |
| **Imię i nazwisko:** | **Data i podpis:** |

**Oświadczam, że:**

* przeprowadzone zostały działania potwierdzające wdrożenie i funkcjonowanie systemu(ów) w deklarowanym zakresie certyfikacji firmy,
* dysponujemy odpowiednimi zasobami ludzkimi oraz technicznymi do realizacji zakresu certyfikacji, o którym mowa w pkt. 5 wniosku,
* nie znajdujemy się w stanie upadłości lub likwidacji,
* przeciwko nam nie jest prowadzone postępowanie karne i/lub skarbowe,
* wyrażamy zgodę na udostępnienie dokumentacji zgromadzonej w CCJ oraz udział przedstawicieli PCA w charakterze obserwatorów w audytach,
* zapoznałem/zapoznałam się z treścią klauzuli informacyjnej (dostępnej na stronie www.ccj.wat.edu.pl), w tym z przysługującym prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

**Załączniki do wniosku:**

* opis zakresu systemu zarządzania oraz jeżeli dostępne opis procesów,
* polityka, deklaracja stosowania lub jej projekt (dot. ISMS), cele, wykaz wymagań prawnych;
* aspekty środowiskowe (dot. EMS);
* program środowiskowy, kompletny raport z przeglądu środowiskowego lub audytu z podjętymi działaniami (dot. EMAS);
* wykaz istotnych aspektów procesów i działań organizacji, które obejmują identyfikację kluczowych zagrożeń i ryzyk związanych z procesami, najważniejszych materiałów niebezpiecznych wykorzystywanych w tych procesach (dot. HSMS);
* wykaz wszelkich istotnych obowiązków prawnych wynikających z przepisów dot. BHP związanych z prowadzoną działalnością (dot. HSMS);
* specyfikacja linii produkcyjnych, realizowanych wyrobów, planów HACCP oraz środków nadzoru CCP i/lub OPRP (dot. FSMS);
* jednostronnie podpisane 2 egzemplarze umowy (do pobrania: [www.ccj.wat.edu.pl/certyfikacja](http://www.ccj.wat.edu.pl/modx/index.php?id=350));
* inne załączniki wynikające z wniosku, tj.: kopie koncesji, zezwolenia i pozwolenia na prowadzenie działalności leczniczej, potwierdzenia, posiadane certyfikaty, zaświadczenia AQAP wydane przez inne instytucje resortu obrony narodowej państw NATO.

1. Wymagane zaznaczenie pola PN-EN ISO 9001 (QMS), z uwagi na zasadę certyfikacji AQAP opartą na ocenie spełnienia wymagań PN-EN ISO 9001:2015-10 w ramach resortu obrony narodowej, której celem jest wydanie certyfikatu ISO 9001:2015 oraz AQAP 2110:2016. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dopuszcza się formę załącznika. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku organizacji działającej w różnych lokalizacjach podać lokalizację firmy, w której funkcjonują wszystkie procesy wynikające z zakresu certyfikacji, tzw.: centralę oraz pozostałe lokalizacje: oddziały, biura, lokalizacje tymczasowe, wirtualne, internetowe. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zakres, który organizacja planuje umieścić na certyfikacie; w przypadku placówek medycznych podać rodzaje i zakresy świadczeń medycznych. [↑](#footnote-ref-4)