

Αίτηση Πιστοποίησης Συστήματος Διαχείρισης

Κωδικός: (συμπληρώνεται από το Φορέα)

Ημερομηνία Αίτησης: / /

Στοιχεία Οργανισμού	Βασικά Στοιχεία			
	Εταιρική Μορφή:			
	Πλήρης Επωνυμία:			
	Διακριτικός τίτλος:			
	Α.Φ.Μ.:		Δ.Ο.Υ.:	
	Δραστηριότητες (& ΚΑΔ):			
	Κωδ. ΕΑ:	Κωδ. NACE:	Κατηγορίες (ISO/TS 22003):	
	Νόμιμος Εκπρόσωπος:			
	Υπεύθυνος Συστήματος Διαχείρισης:			
	Στοιχεία Έδρας (κύριας εγκατάστασης) (συμπληρώνεται ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ)			
	Οδός-Αριθμός-Τ.Κ.-Περιοχή:			
	Πόλη:		Νομός:	
	Τηλέφωνο/α:		Fax:	
	e-mail:		Web Site:	
Εργαζόμενοι:	Βάρδιες:	Ανά βάρδια:	Εποχικοί/Έκτακτοι:	

Στοιχεία Παραρτημάτων/Υποκαταστημάτων (δευτερευουσών εγκαταστάσεων) (αν υφίστανται)		
Πλήρης Διεύθυνση (Οδός-Αριθμός-Τ.Κ.-Περιοχή-Πόλη-Νομός)	Τηλέφωνο	Εργαζόμενοι (Συνολικά/Βάρδιες/Ανά βάρδια)
1		
2		
3		
4		
5		

Στοιχεία Αιτηθείσας Πιστοποίησης Συστημάτων Διαχείρισης (ΣΔ)				
Πρότυπο/α Πιστοποίησης:	<input type="checkbox"/> ISO 9001	<input type="checkbox"/> ISO/IEC 27001*	<input type="checkbox"/> ISO 21001	<input type="checkbox"/> ISO 22000*
	<input type="checkbox"/> ISO 37001	<input type="checkbox"/> ISO/IEC 27701*	<input type="checkbox"/> ISO 29993	<input type="checkbox"/> Άλλο:
<input type="checkbox"/> Ολοκληρωμένο ΣΔ (>1 πρότυπα)		<input type="checkbox"/> ΣΔ ήδη πιστοποιημένο από άλλο Φορέα		
Ημερομηνία Εφαρμογής ΣΔ: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		Πλήθος Μελετών HACCP (αφορά ISO 22000):		
Γραμμές Παραγωγής: (πλήθος, περιγραφή)				
Πεδίο Εφαρμογής του ΣΔ: (αναγραφή στο πιστοποιητικό)				
Στοιχεία Συμβούλου:				
Υπεργολάβοι: (στοιχεία & δραστηριότητες)				
Συνημ. Δικαιολογητικά: <input type="checkbox"/> Εγχειρίδιο ΣΔ <input type="checkbox"/> Νομοθεσία <input type="checkbox"/> Λοιπή Τεκμηρίωση*				

* Για ΣΔΑΠ ή/και ΣΔΠΠ υποβάλλεται η πρόσφατη Δήλωση Εφαρμοσιμότητας (Statement of Applicability SoA) και για ΣΔΑΤ οι μελέτες HACCP, τα προαπαιτούμενα προγράμματα και η άδεια λειτουργίας του Οργανισμού

<p>Δηλώνω ότι:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ενημερώθηκα και αποδέχομαι τις προδιαγραφές πιστοποίησης του ΣΔ που εφαρμόζει ο Οργανισμός που νόμιμα εκπροσωπώ, όπως αυτές καθορίζονται στο Γενικό και τον, αντίστοιχο του προτύπου, Ειδικό Κανονισμό Πιστοποίησης. Δεν έχω υποβάλει σε άλλο Φορέα αίτηση για την ίδια πιστοποίηση. Αποδέχομαι την έγκαιρη εξόφληση των τελών πιστοποίησης, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της αξιολόγησης. 	<p>Νόμιμος Εκπρόσωπος (σφραγίδα-υπογραφή)</p>
--	--

Ο Φορέας Πιστοποίησης PASS διαχειρίζεται με πλήρη εμπιστευτικότητα τα δεδομένα του παρόντος εντύπου.

Ανασκόπηση της Αίτησης (συμπληρώνεται από Υπεύθυνο του Φορέα)		Ημερομηνία: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Επαρκούν οι δοθείσες πληροφορίες για τη διαμόρφωση προγράμματος επιθεώρησης;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Κατανοεί ο Πελάτης τις προδιαγραφές των υπηρεσιών που θα του παρέχει ο Φορέας;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Επαρκεί η τεχνογνωσία των προσώπων που θα εμπλακούν στη διαδικασία πιστοποίησης;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Ιδιαιτερότητες (π.χ., νομοθ. απαιτ.):		
Ειδικές ικανότητες επιθεωρητών:		
Ειδικές ικανότητες Υπ. Πιστ. ΣΔ:		
Εισήγηση του Υπευθύνου Ανασκόπησης: <input type="checkbox"/> Θετική <input type="checkbox"/> Αρνητική		
Στοιχειοθέτηση της αρνητικής εισήγησης		
		<p>Υπεύθυνος Ανασκόπησης (ονοματεπώνυμο-υπογραφή)</p>