# Приложение 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | ОС ИСМ «ЦССК «Интерэкомс» | | | | | | | |
|  | | | | | 127287, г. Москва, Петровско-Разумовский пр., 28 | | | | | | | |
|  | | | | | [account@QS.ru](mailto:qs@interecoms.ru) [interecoms@yandex.ru](mailto:interecoms@yandex.ru)  +7-495-970-79-65 | | | | | | | |
| **ЗАЯВКА НА ПРОВЕДЕНИЕ РЕСЕРТИФИКАЦИИ (РЕСЕРТИФИКАЦИИ)**  **СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА В НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ АККРЕДИТАЦИИ** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| полное и сокращённое bнаименование организации - заказчика | | | | | | | | | | | | |
| Юридический адрес: | | |  | | | | | | | | | |
| Почтовый адрес: | | |  | | | | | | | | | |
| Телефон: | | |  | | Факс: | | |  | | | | |
| E-mail: | | |  | | | | | | | | | |
| ИНН: | |  | | | КПП: | | |  | | | | |
| ОГРН: | |  | | | ОКПО: | | |  | | | | |
| Банковские реквизиты | | | | Банк: | | | | | | | | |
| р/с |  | | | к/с | |  | | | | | БИК |  |
| в лице | | | | | | | | | | | | |
| должность руководителя, фамилия, имя, отчество | | | | | | | | | | | | |
| просит провести сертификацию (ресертификацию) системы менеджмента (качества, экологического, безопасности труда и охраны здоровья, информационной безопасности, СМК в медицинской промышленности) применительно к | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| область применения СМ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| на соответствие требованиям\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| обозначение стандарта  Данные о внедрении системы менеджмента: | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | номер и дата распорядительного документа | | |
| Данные о сертификате соответствия системы менеджмента (качества, экологического, безопасности труда и охраны здоровья, информационной безопасности, СМК в медицинской промышленности)[[1]](#footnote-1) | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| наименование системы сертификации, | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| наименование органа по сертификации систем менеджмента, | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| номер и дата выдачи сертификата | | | | | | | | | | | | |
| Общая численность работающих в организации-заказчике: | | | | | | | | | |  | | |
| В том числе с частичной занятостью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Средняя загруженность персонала с частичной занятостью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Количество смен в сутки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Привлекаются ли сезонные (временные) работники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  да/нет  если да, то сколько и на какой период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сведения о филиалах (производственных площадках), деятельность которых включена в  область сертификации СМ   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Наименование, адрес филиала (производственной площадки) | Численность персонала филиала (производственной площадки) | Виды продукции (услуг),  деятельность | |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Виды деятельности организации, подлежащих сертификации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код (ы) ОКВЭД 2  Предполагаемая запись в Сертификате соответствия  (продукция и/или услуги и этапы жизненного цикла) применительно к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Исключения, сделанные организацией, из процесса жизненного цикла: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Основные технологические процессы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| Используются ли процессы аутсорсинга (укажите какие) и среднее количество сотрудников, занятых в этих процессах\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дополнительные сведения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  географическое положение организации-заказчика,  Информация о привлечении консалтинговой организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  информация о привлечении консалтинговой организации при разработке СМК  Предпочтительный срок проведения сертификации (ресертификации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Обязательства:   1. Обязуемся выполнять правила ОС ИСМ и Системы сертификации 2. Оплату всех расходов по сертификации и инспекционному контролю гарантируем 3. Представлять всю необходимую информацию для проведения аудитов системы менеджмента 4. Своевременно оплачивать услуги по аудиту независимо от результатов | | | | | | | | | | | | |
| Приложения:   1. Копия Выписки из ЕГРЮЛ (ЕГРИП) 2. Копии действующих сертификатов, лицензий и т.п. при наличии 3. Перечень организаций-основных потребителей продукции (услуг) 4. Сведения обо всех процессах, переданных организацией-заказчиком сторонним организациям (наименование процесса и организации-исполнителя процесса) 5. Сведения о филиалах организации-заказчике | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |
| Руководитель организации | | | |  | | |  | |  | | | |
|  | | | | подпись | | |  | | инициалы, фамилия | | | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |
| Главный бухгалтер | | | |  | | |  | |  | | | |
| М.П. | | | | подпись | | |  | | инициалы, фамилия | | | |

1. заполняется при наличии ранее выданного сертификата СМ [↑](#footnote-ref-1)