|  |
| --- |
| **В Орган по сертификации «Имидж и деловая репутация»****Общество с ограниченной ответственностью «Промстандарт»** |
| наименование органа по сертификации, включая организационно-правовую форму**Адрес: 115054, РОССИЯ, город Москва, ул. Дубининская, д. 33Б,** **этаж 3, комната 1.5 (комната № 309)** |
| адрес**RA.RU.13НА35** |
| Уникальный номер записи об аккредитации в реестре аккредитованных лиц |

**ЗАЯВКА**

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

на проведение сертификации (ресертификации) системы менеджмента качества

(наименование организации- заявителя)

Юридический адрес

Телефон +7 E-mail

Банковские реквизиты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в лице

(должность, фамилия, имя, отчество руководителя)

просит провести сертификацию системы менеджмента применительно к

(область применения СМ (виды деятельности, продукция, услуги). Если имеются не применяемые пункты стандарта ГОСТ Р ИСО 9001 – указать какие именно)

на соответствие требованиям

(обозначение стандарта на соответствие, которому должна быть проведена сертификация)

Данные о внедрении системы менеджмента

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и дата документа, содержащего решение о начале разработки СМ)

Данные о сертификате соответствия системы менеджмента <\*[[1]](#footnote-1)>

(наименование системы сертификации,

наименование органа по сертификации систем менеджмента,

номер и дата выдачи сертификата)

Численность персонала, работающего в организации (штатного и работающего под управлением):

При наличии сменности, кол-во сотрудников в каждой смене:

1 смена 2 смена 3 смена 4 смена

Какие наиболее важные технологические процессы используются? Если имеются, укажите количество производственных линий и выпускаемую на них продукцию.

Имеется ли сезонность производственных процессов?

Применяются ли аутсорсинговые процессы? Если да, то какие?

Дополнительные сведения -

 (фактический адрес организации-заказчика (если не совпадает с юридическим адресом)

-

технические ресурсы (здания, помещения, оборудование, транспорт и пр.)

Система менеджмента разрабатывалась собственными силами

информация о привлечении консалтинговой организации при разработке СМ)

Предпочтительный срок проведения сертификации

Заказчик обязуется выполнять правила сертификации.

Заказчик обязуется предоставлять информацию, необходимую для проведения аудита.

Перечень организаций - основных потребителей продукции (услуг):

Специальные требования к членам команды по аудиту, например, спец. допуск, медицинская книжка, требования касательно безопасности труда, языковые знания (2 и более языка) и т.д. (если имеются) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Просим приложить организационную структуру или штатную расстановку предприятия.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Руководитель организации** |  |  |
| **М.П.** | подпись | фамилия, инициалы |
|  |  | дата |

1. <\*> Заполняют при наличии ранее выданного сертификата на СМ. [↑](#footnote-ref-1)