

**INSTYTUT TECHNIKI BUDOWLANEJ**

**ZAKŁAD CERTYFIKACJI**

**CERTIFICATION DEPARTMENT**

ul. FILTROWA 1, 00-611 WARSZAWA

tel/ph.: (22) 57 96 167, (22) 57 96 168

e-mail: certyfikacja@itb.pl, [www.itb.pl](http://www.itb.pl/)

NIP: 525-000-93-58

KONTO: ALIOR SA

Swift: ALBPPLPW

63 2490 0005 0000 4600 3636 4398 (PLN)

50 2490 0005 0000 4600 3320 7864 (EUR)

41 2490 0005 0000 4600 9448 8649 (USD)

**Imię i Nazwisko prowadzącego proces**

(wypełnia Zakład Certyfikacji)

(wypełnia Zakład Certyfikacji/*to be filled by the Certification Department*)

(wypełnia Zakład Certyfikacji)

**Nr procesu: ZC-**

(wypełnia Zakład Certyfikacji )

**WNIOSEK**

**SYSTEMY ZARZĄDZANIA**

☐ o przeprowadzenie procesu certyfikacji i prowadzenie nadzoru nad certyfikatem

☐ o przeprowadzenie procesu ponownej certyfikacji i prowadzenie nadzoru nad certyfikatem nr ITB-….……

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ System wg: PN-EN ISO 9001:2015 | ☐ System zintegrowany wg:☐ PN-EN ISO: 9001:2015, 14001:2015☐ PN-EN ISO 9001:2015, PN-EN ISO 45001:2024-02☐ PN-EN ISO 14001:2015, PN-EN ISO 45001:2024-02☐ PN-EN ISO: 9001:2015, 14001:2015, PN-EN ISO 45001:2024-02 |
| ☐ System wg: PN-EN ISO 14001:2015 |
| ☐ System wg: PN-EN ISO 45001:2024-02 |

Po wypełnieniu poufne **/** Confidential when completed

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. SKŁADAJĄCY WNIOSEK** | | | | | | | | |
| **Nazwa i adres Firmy /** Name and address of the company: | | | | | **Składający wniosek jest\*:**  **☐ Producentem**  **☐ Firmą usługową** | | | |
| **2. WNIOSKOWANY ZAKRES CERTYFIKACJI**  (Jeżeli organizacja posiada oddziały należy podać zakres certyfikacji dla każdego oddziału osobno) | | | | | | | | |
| Siedziba główna – zakres certyfikacji: | | |  | | | | | |
| Lokalizacja 1 – zakres certyfikacji: | | |  | | | | | |
| Lokalizacja 2 – zakres certyfikacji: | | |  | | | | | |
| **3. NR BRANŻY WG KODU NACE/PKD\*\*** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **4. OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTÓW Z ZAKŁADEM CERTYFIKACJI** | | | | | | | | |
| Imię, Nazwisko, stanowisko: | | | | | | | | |
| Adres: | | | | | | | | |
| Tel.: | | Fax: | | | | E-mail: | | |
| **5. OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA SYSTEM ZARZĄDZANIA** | | | | | | | | |
| **Imię, Nazwisko, stanowisko /** Name, second name and position: | | | | | | | | |
| **Adres /** Address**:** | | | | | | | | |
| **Tel.:** | | **Fax:** | | | | **E-mail:** | | |
| **6. LICZBA OSÓB ZATRUDNIONYCH W FIRMIE**  ZWIĄZANYCH Z WNIOSKOWANYM ZAKRESEM CERTYFIKACJI | | | | | | | | |
| **Liczba personelu w centrali i lokalizacjach/ oddziałach** (w tym biura, lokalizacje tymczasowe, wirtualne, internetowe) | **Liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę**  (w przeliczeniu na pełen etat) | | | **Liczba personelu niepracującego na stałe: zatrudnionego tymczasowo/sezonowo**  (w przeliczeniu na pełen etat) z podaniem okresu realizacji prac sezonowych | | | Liczba personelu niepracującego na stałe: - w ramach umowy o dzieło/zlecenie  (w przeliczeniu na pełen etat)  - w ramach podwykonawstwa  (w przeliczeniu na pełen etat) | Liczba osób pracujących na poszczególnych zmianach (w przeliczeniu na pełen etat)  I, II, III zmiana |
| **CENTRALA**  Miasto: |  | | |  | | |  |  |
| **LOKALIZACJA 1 / ODDZIAŁ 1**  Miasto: |  | | |  | | |  |  |
| **LOKALIZACJA 2 / ODDZIAŁ 2**  Miasto: |  | | |  | | |  |  |
| **SUMA WIELKOŚCI ZATRUDNIENIA:** |  | | |  | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. PRODUCENT: MIEJSCA PRODUKCJI**  (wypełnić jeżeli w pkt 1 zaznaczony został producent) | | | | | | | |
| **Nazwa i adres Zakładów Produkcyjnych** | | | | | | | Liczba zmian |
| 1) | | | | | | |  |
| 2) | | | | | | |  |
| Nazwa i adres magazynów wyrobów gotowych (jeżeli inne niż ww. miejsca produkcji) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Nazwa i adres laboratoriów producenta (jeżeli inne niż ww. miejsca produkcji) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **8. FIRMA USŁUGOWA**  (wypełnić jeżeli w pkt 1 zaznaczona została firma usługowa) | | | | | | | |
| **Miejsca wykonywania usług:** | | | | ☐na terenie organizacji  ☐ poza terenem Organizacji | | | |
| Liczba osób zatrudnionych w firmie objętych systemem zarządzania: | | | |
| **9. PROCESY I DZIAŁANIA**  (rodzaj procesów zidentyfikowanych w organizacji – można załączyć mapę procesów) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **10. PODZLECANE PROCESY** | | | | | | | |
| **Rodzaj procesów:** | | | | | **Nazwy firm, którym podzlecane są poszczególne procesy**: | | |
| **11. CZY PRZY WDRAŻANIU ZARZĄDZANIA FIRMA ZATRUDNIAŁA/ZATRUDNIA KONSULTANTA/FIRMĘ KONSULTINGOWĄ?** | | | | | | | |
| **☐ Tak** | **☐ Nie** | jeśli tak, proszę podać imię i nazwisko konsultanta/firmy konsultingowej: | | | | | |
| **12. CZY FIRMA JEST CZĘŚCIĄ WIĘKSZEJ JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ?** | | | | | | | |
| **☐ Tak** | **☐ Nie** | jeśli tak, proszę podać jej nazwę i adres: | | | | | |
| **13. MAJĄCE ZASTOSOWANIE ZOBOWIĄZANIA PRAWNE** | | | | | | | |
| **☐ Tak** | **☐ Nie** | jeśli tak, proszę podać jakie: | | | | | |
| **14. DOKUMENTY DOŁĄCZONE DO WNIOSKU** | | | | | | | |
| **☐ Dokumentacja Systemu Zarządzania**  **☐ Wypis z Krajowego Rejestru Sądowego**  **☐ Inne (proszę wyszczególnić):** | | | | | | | |
| **15. PŁATNIK** (POKRYWAJĄCY KOSZTY PROCESU CERTYFIKACJI I NADZORU NAD CERTYFIKATEM) | | | | | | | |
| **Nazwa i adres Firmy /** Name and address | | | | | | **NIP:** | |
| **16. OŚWIADCZENIE SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK** | | | | | | | |
| Składając niniejszy wniosek zobowiązujemy się do:  • spełnienia wymagań zawartych w obowiązujących przepisach prawnych oraz wymagań Zakładu Certyfikacji ITB, związanych z prowadzeniem procesu certyfikacji i nadzoru nad certyfikatem  • dokonania opłat za proces certyfikacji i nadzoru wg aktualnie obowiązującego cennika, w tym do dokonania w terminie 7 dni po złożeniu niniejszego wniosku bezzwrotnej opłaty wstępnej.  Jednocześnie upoważniamy Instytut Techniki Budowlanej do wystawienia faktury bez naszego podpisu. | | | | | | | |
| ......................................  data | | | ....................................................................................................................... | | | | |
| Podpis, Imię i Nazwisko, stanowisko, pieczęć osoby (osób) uprawionych do reprezentowania Wnioskodawcy | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *ZAKLAD CERTYFIKACJI* | | | | **RAPORT z PRZEGLĄDU WNIOSKU** *(wypełnia Zakład Certyfikacji ITB)*  ☐ o przeprowadzenie procesu certyfikacji i prowadzenie nadzoru nad certyfikatem  ☐ o przeprowadzenie procesu ponownej certyfikacji i prowadzenie nadzoru nad certyfikatem nr ITB-….…… | | | | |
| **Lp.** | | **UWZGLĘDNIANE ELEMENTY** | | | **Tak** | **Nie** | |
|  | | Czy zakres certyfikacji proponowany przez Klienta odpowiada zakresowi akredytacji ITB jako jednostki certyfikującej systemy zarządzania ? | | |  |  | |
|  | | Czy dokumentacja otrzymana od Klienta jest wystarczająca do przeprowadzenia auditu certyfikacyjnego ? | | |  |  | |
|  | | Czy Klient zapoznał się z wymaganiami stawianymi w procesie certyfikacji  i nadzoru nad certyfikatem, zawartymi w Informatorze Zakładu Certyfikacji ITB ? | | |  |  | |
|  | | Czy Klient rozumie ww. wymagania ? | | |  |  | |
|  | | Czy występuje zagrożenie dla bezstronności przy podjęciu się przeprowadzenia procesu certyfikacji i prowadzenia nadzoru nad certyfikatem ? | | |  |  | |
|  | | Czy Zakład Certyfikacji ma kompetencje i możliwość przeprowadzenia procesu certyfikacji i prowadzenia nadzoru nad certyfikatem ? | | |  |  | |
|  | | Czy Zakład certyfikacji wziął pod uwagę lokalizację działalności wnioskującej organizacji , czas potrzebny do przeprowadzenia auditu oraz wszelkie inne elementy wpływające na działalność certyfikacyjną ( język, warunki bezpieczeństwa, zagrożenia bezstronności itp.) | | |  |  | |
| **- Ustalenie obszarów technicznych zgłoszonych do certyfikacji**  **- Ustalenie kompetencji, które powinny być uwzględnione przy powoływaniu zespołu auditującego i podejmowaniu decyzji o certyfikacji** | | | | | | | |
| **DECYZJA** | | | | | | | |
|  | Wniosek został przyjęty do realizacji | | | | | |  |
|  | Wniosek został przyjęty do realizacji, ale wymaga uzupełnienia (podać o co)  Proces zostanie przerwany w przypadku nie dostarczenia do Zakładu Certyfikacji w ciągu 12 miesięcy od daty złożenia Wniosku ww. dokumentów i informacji | | | | | |  |
|  | Wniosek nie został przyjęty do realizacji ze względu na: (podać dlaczego) | | | | | |  |
| ..................................  data | | | | .............................................................................................  podpis i pieczątka Prowadzącego proces | | | |