

**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 Certyfikacjiw 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 |