Орган по подтверждению соответствия

ТОО «ПрикаспийскийЦентр Сертификации»

г.Актау, 12мкр., здание №79/4, БЦ «Капитал»,

3 этаж, кабинеты 302,303,305,203

|  |
| --- |
|  |
|  |

**ЗАЯВКА**

***НА ПРОВЕДЕНИЕ СЕРТИФИКАЦИИ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТА***

наименование организации-заказчика

Юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фактический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

В лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество руководителя

просит провести сертификацию системы менеджмента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ применительно к

наименование систем менеджмента

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

виды продукции/услуг, выпуск которых охвачен системой

на соответствие требованиям\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

обозначение стандарта

При этом заявляем:

Общие сведения об организации:

Общее число персонала\_\_\_\_\_

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

Общая численность, наименование, адрес площадок в составе организации (заполняется при наличии)

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

сведения о процессах, отданных на аутсорсинг (заполняется при наличии аутсорсинга)

Кем предоставлены консалтинговые услуги (заполняется при использовании консалтинговых услуг)

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

наименование органа по подтверждению СМ, номер и дата выдачи сертификата других СМ(Заполняют при наличии сертификатов )

Степень интегрированности в %\_\_\_\_ (в случае 2х и более систем менеджмента)

Перечень прилагаемых документов:

1.Устав, справка о регистрации, или свидетельство ИП (копии).

2.Штатное расписание и структура .

3.Документы СМ (в соответствии с требованиями заявленного стандарта).

4.Лист оценки СМ на \_\_\_\_листах.

Контактное лицо тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель Организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Инициалы, фамилия подпись

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М. П. Инициалы, фамилия подпись