|  |
| --- |
| Kwestionariusz umożliwia zapewnienie najwyższej jakości usług związanych z rejestracją w branży motoryzacyjnej, przy jednoczesnym spełnieniu wymagań programu BSI i IATF.Skontaktuj się z przedstawicielem BSI w celu uzyskania pomocy w wypełnieniu tego kwestionariusza. Dostępni są również eksperci techniczni, aby omówić lub wyjaśnić wszelkie wymagania certyfikacyjne.**Instrukcje dotyczące formularza** – aby wypełnić formularz, należy przechodzić między sekcjami i wpisywać lub wybierać dane. Po zakończeniu nie przekształcaj tego formularza w plik PDF, zapisz w aktualnej formie. Nie jest wymagany podpisany skan dokumentu.**Przeniesienie certyfikatu** – wypełnij tylko sekcje 1, 2 i 5.**Rozszerzenie zakresu i uzupełnienie lokalizacji** – wypełnij część 1 i tylko zmiany.  |

**SEKCJA 1: INFORMACJE O GŁÓWNEJ LOKALIZACJI**

|  |
| --- |
| **Cel wniosku:** *<Proszę zaznaczyć>***Komentarze:** Kliknij lub dotknij by wpisać tekst. |
| **Nazwa firmy:** Kliknij lub dotknij by wpisać tekst.(Nazwa prawna do umieszczenia na certyfikacie) **Inne nazwy:** Kliknij lub dotknij by wpisać tekst.(Jeśli dotyczy – nazwa oddziału / nazwa handlowa, która ma być wymieniona poniżej prawnej nazwy firmy na certyfikacie)**Liczba lokalizacji do certyfikacji:** Kliknij lub dotknij by wpisać tekst.**Strona internetowa:** Kliknij by wpisać tekst. | **Osoba do kontaktu****Imię i nazwisko:** Kliknij by wpisać tekst.**Stanowisko:** Kliknij by wpisać tekst.**Telefon:** Kliknij by wpisać tekst.**Email:** Kliknij by wpisać tekst.**Alternatywna osoba do kontaktu****Imię i nazwisko:** Kliknij by wpisać tekst.**Stanowisko:** Kliknij by wpisać tekst.**Telefon:** Kliknij by wpisać tekst.**Email:** Kliknij by wpisać tekst.  |
| **Wybierz standardy do certyfikacji:** [ ]  IATF 16949:2016  [ ]  ISO9001:2015  **Istniejący numer certyfikatu ISO 9001** (jeśli dotyczy)**:** Kliknij by wpisać tekst.**Istniejący numer IATF** (jeśli dotyczy)**:**Kliknij by wpisać tekst.**Poprzedni numer IATF (jeśli dotyczy):**Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.**Status poprzedniego certyfikatu IATF (wycofany lub anulowany, jeśli dotyczy):** Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.**Nazwa poprzedniej jednostki certyfikującej (jeśli dotyczy):** Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. | **Wymień certyfikaty innych standardów, które organizacja obecnie posiada:** Kliknij by wpisać tekst.**Jakimi innymi obszarami certyfikacji moglibyśmy Państwa zainteresować:**Kliknij by wpisać tekst. **O jakich innych standardach/przepisach chcieliby Państwo uzyskać więcej informacji:**Kliknij by wpisać tekst. |
| **Wybierz strukturę certyfikacji:** *<Proszę zaznaczyć>**Uwaga: Wniosek o Zakład produkcyjny z oddalonymi miejscami wytwarzania musi zostać złożony i wcześniej zatwierdzony przed dokonaniem wyceny* |
| **Proponowany/istniejący zakres certyfikacji** (umieszczony na certyfikacie)**:**Kliknij by wpisać tekst. |
| **Wyłączenia** (Uwaga: projektowanie produktu jest jedynym możliwym wyłączeniem dla IATF16949)**:**Kliknij by wpisać tekst. |
| **Tylko transfer -** proszę podać powód ubiegania się o transfer certyfikatu:Kliknij by wpisać tekst. |

**SEKCJA 2: Lokalizacje podlegające certyfikacji**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Nazwa lokalizacji i adres** | **Osoba do kontaktu, nr telefonu, email** | **Zakres / działania** | **Całkowita liczba pracowników** | **Ilość zmian** | **Język** | **Typ działalności** | **Jeśli wsparcie, które lokalizacje wspiera** |
| 1 |       |       |       |       |       |       | <Proszę zaznaczyć> |       |
| 2 |       |       |       |       |       |       | <Proszę zaznaczyć> |       |
| 3 |       |       |       |       |       |       | <Prosze zaznaczyć> |       |
| 4 |       |       |       |       |       |       | <Proszę zaznaczyć> |       |
| 5 |       |       |       |       |       |       | <Proszę zaznaczyć> |       |
| 6 |       |       |       |       |       |       | <Proszę zaznaczyć> |       |
| *Uwaga:** *Całkowita liczba pracowników witryny obejmuje wszystkich pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin, w niepełnym wymiarze godzin i pracowników tymczasowych zaangażowanych w działania związane z zakresem certyfikacji, w tym procesy wsparcia (sprzedaż, zarządzanie, administracja, zasoby ludzkie, IT, itp.).*

*Wprowadź dodatkowe lokalizacje, wprowadzając te same informacje dla każdej z lokalizacji jak powyżej.* |

**SEKCJA 3: Inne informacje**

|  |
| --- |
| **Dostęp i bezstronność** |
| Q1. **Ograniczony dostęp** – czy istnieją procesy w organizacji, których zespół audytowy nie może zaobserwować z powodu restrykcji, programu bezpieczeństwa lub wymagań dotyczących poufności? Jeśli tak, proszę o wytłumaczenie: Kliknij by wpisać tekst. |
| Q2. **Konsultanci** – proszę wymienić konsultantów, którzy zostali zaangażowani do opracowania, wdrożenia lub obsługi systemu. Proszę podać imię i nazwisko / firmę, wyjaśnić ich rolę i czy będzie to ciągła współpraca. Kliknij by wpisać tekst. |

**SEKCJA 4: Procesy specjalne i zlecane na zewnątrz**

|  |
| --- |
| **Procesy specjalne**Każdy proces, którego wynik nie może być zweryfikowany przez późniejsze monitorowanie lub pomiar.(Przykład: NDT, obróbka chemiczna, obróbka cieplna, spawanie, malowanie, obróbka niekonwencjonalna itp.) |
| Kliknij by wpisać tekst. |
| Kliknij by wpisać tekst. |
| Kliknij by wpisać tekst. |
| Kliknij by wpisać tekst. |
| Kliknij by wpisać tekst. |

|  |
| --- |
| **Procesy zlecane na zewnątrz**Wymień wszelkie procesy zlecane zewnętrznym dostawcom. Organizacja jest odpowiedzialna za zgodność wszystkich zewnętrznych procesów, produktów i usług, w tym ze źródeł określonych przez klienta. |
| Kliknij by wpisać tekst. |
| Kliknij by wpisać tekst. |
| Kliknij by wpisać tekst. |
| Kliknij by wpisać tekst. |
| Kliknij by wpisać tekst. |

**SEKCJA 5: Gotowość do oceny**

|  |
| --- |
| **Gotowość do oceny** |
| Q1. Kiedy jest planowany docelowy termin uzyskania certyfikatu? Kliknij tutaj by wybrać datę. |
| Q2. Czy przeprowadzono pełny cykl audytów wewnętrznych oraz przegląd zarządzania? Kliknij by wpisać tekst. |

**SEKCJA 6: Deklaracja Organizacji**

|  |
| --- |
| Potwierdzam, że jestem uprawnionym przedstawicielem mojej organizacji i że powyższe informacje są poprawne, mogące posłużyć do przygotowania oferty cenowej.Imię I nazwisko: Kliknij by wpisać tekst. Tytuł / Stanowisko: Kliknij by wpisać tekst.Data wypełnienia deklaracji: Kliknij tutaj by wybrać datę. |

***BSI poważnie traktuje Twoją prywatność. Jeśli przekażesz nam jakiekolwiek dane osobowe, będziemy przetwarzać je zgodnie z naszą Polityką, dostępną na stronie www.bsigroup.com.***