|  |
| --- |
| **FORMULARZ AKTUALIZACJI DANYCH** |
| *Szanowni Państwo,* *w związku z zbliżającym się terminem kolejnego auditu w Państwa organizacji prosimy o aktualizację poniższych danych. Uzyskane dane aktualizacyjne są potrzebne do rzetelnego przygotowania się do zbliżającego się auditu. Informacje traktowane są jako poufne.*  |
| **Wypełniony i podpisany formularz prosimy przesłać do ISOCERT sp. z o. o. sp.k.**  |
| e-mail:  |  |
| **AKTUALNE DANE KONTAKTOWE ORGANIZACJI** |
| Pełna nazwa Organizacji: |  |
| Siedziba i adres Organizacji: |  |
| Ilość certyfikowanych lokalizacji/aktualne adresy: |  |
| Telefon: |  | e-mail: |  |
| strona www: |  |
| Prosimy o podanie adres e-mail, na jaki ma zostać przesłana faktura elektroniczna: |  |
| **AKTUALNE DANE POTRZEBNE DO ZAPLANOWANIA AUDITU** |
| W przypadku jakiejkolwiek zmiany zakresu certyfikacji przed wypełnieniem aktualizacji prosimy o kontakt z jednostką certyfikującą ISOCERT.(przy istotnej zmianie zakresu certyfikacji należy zamiast aktualizacji danych wypełnić wniosek o certyfikację (dostępny na stronie [www.isocert.org.pl](http://www.isocert.org.pl) oraz w biurze)) |
| Liczba pracowników zatrudnionych w obszarze certyfikacji na umowę o pracę w przeliczeniu na pełne etaty: |  |
| Liczba pracowników zatrudnionych w obszarze certyfikacji na podstawie innych form zatrudnienia (np. kontrakty, zlecenia) w przeliczeniu na pełne etaty:*(poprzez etat rozumie się 40-godzinny tydzień pracy, np. pracownik pracujący 8 godzin w tygodniu to 1/5 etatu).* |  |
| Zatrudnienie w poszczególnych lokalizacjach (w przeliczeniu na pełne etaty): |  |
| Czy w korzystają Państwo z usług podwykonawców?*(Jeśli tak należy wskazać w jakiej części zakresu certyfikacji oraz ilość podwykonawców – pracowników podwykonawcy świadczących usługę na Państwa rzecz)*  |  |
| Czy mają Państwo zdefiniowane procesy zewnętrzne mające wpływ na zakres certyfikacji?*(jeśli tak należy wskazać te procesy)* |  |
| Czy pracują Państwo w systemie zmianowym? Jeśli tak, to proszę podać liczbę osób na każdej zmianie. |  |
| Czy zmieniła się osoba odpowiedzialna za system zarządzania?*(Jeśli tak, należy podać imię, nazwisko, nr tel., e-mail)* |  |
| Czy uległa znaczącej zmianie struktura organizacyjna?*(Jeśli tak, należy przesłać aktualny schemat)* |  |
| Czy nastąpiły znaczące zmiany w dokumentacji systemowej?*(Jeśli tak, należy wskazać jakie np. dostosowanie do nowej normy)* |  |
| Czy zmieniła się deklaracja stosowania?DOTYCZY ISMS *(Jeśli tak, należy wskazać wydanie oraz datę obowiązującej deklaracji, w przypadku wyłączeń z Załącznika A wskazać zmiany)* |  |
| Czy kolejny audit ma dotyczyć przejścia na nowe wydanie normy (norm)? |  |
| Czy w Państwa organizacji występują punkty normy nie mające zastosowania (poprzednio wyłączenia)?*(Jeśli tak, należy je wymienić)* |  |
| Inne\**(np. niewielkie zmiany w zakresie certyfikacji, rezygnacja z danego systemu zarządzania, zmiany w punktach niemających zastosowania w przedmiotowej normie (poprzednio wyłączenia) itp.)* |  |
| Osoba wypełniająca kwestionariusz: | Imię i nazwisko: |
|  |
| Data: |  | Podpis: |  |

*\*Znaczące zmiany mogą skutkować koniecznością wypełnienia „Wniosku o certyfikację”*