|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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”*