**Wypełnienie wniosku nie jest zobowiązaniem do skorzystania z naszych usług, jak również nie jest pobierana żadna opłata z tym związana. Informacje zawarte we wniosku traktowane są jako poufne.**

**Podpisany Wniosek prosimy przesłać pocztą elektroniczną na adres biuro@isocert.pl lub pocztą tradycyjną na adres ISOCERT sp. z o.o. sp.k., 53-656 Wrocław, ul. Rysia 1a.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rejestracja wniosku** **przez ISOCERT** | **Numer wniosku** | **Data rejestracji** |

**I. CZĘŚĆ A**

**1. Dane wnioskującej Organizacji:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Organizacji |  |
| NIP |   |
| E-mail |  |
| Strona WWW |  |
| Telefon |  |
| Adres rejestrowy Organizacji |  |
| Osoba odpowiedzialna za system zarządzania | Imię i Nazwisko |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |

 **1.1 Dane dotyczące zatrudnienia**

|  |
| --- |
| Struktura zatrudnienia  |
| Funkcja centralna: | Adres:  |
| Liczba osóbZatrudnionych \*:  | W przeliczeniu na pełne etaty:  |
| W przypadku systemu pracy zmianowej proszę podać ilość pracowników\* na każdej zmianie w przeliczeniu na pełne etaty |
| I zmiana | II zmiana | II zmiana |
|  |  |  |

\*wszystkie formy zatrudnienia: umowy o pracę, kontrakty, umowy zlecenia, umowy o dzieło, etc.

**1.2 Dane dotyczące zatrudnienia w lokalizacjach:**

*Proszę wypełnić jeśli firma posiada lokalizację. W przypadku większej ilości lokalizacji proszę skopiować tabelę i podać dane dla każdej lokalizacji osobno.*

|  |
| --- |
| Struktura zatrudnienia  |
| Lokalizacja nr. 1 | Adres:  |
| Liczba osóbZatrudnionych \*:  | W przeliczeniu na pełne etaty:  |
| W przypadku systemu pracy zmianowej proszę podać ilość pracowników\* na każdej zmianie w przeliczeniu na pełne etaty |
| I zmiana | II zmiana | II zmiana |
|  |  |  |

\*wszystkie formy zatrudnienia: umowy o pracę, kontrakty, umowy zlecenia, umowy o dzieło, etc.

|  |
| --- |
| Gdzie prowadzone są procesy zarządcze *(np. kadry, księgowość itp.)* |
|  | Tylko w funkcji centralnej |  | W funkcji centralnej oraz oddziałach |

|  |
| --- |
| Czy w całej Organizacji funkcjonuje pojedynczy system zarządzania?(pojedynczy system zarządzania może spełniać wymagania kilku norm dotyczących systemów zarządzania)  |
|  | NIE  |
|  | TAK |

**2. Dane dotyczące personelu**

|  |
| --- |
| Czy w skład personelu wchodzą pracownicy przebywający poza Organizacją (np. handlowcy, kierowcy, pracownicy ochrony przebywający w obiektach klienta itp.)?  |
|  | NIE  |
|  | TAK, proszę wymienić stanowiska i liczbę takich osób w przeliczeniu na etaty: ……… |
| Znaczna część personelu firmy pełni podobną, prostą funkcje? |
|  | NIE  |
|  | TAK, proszę krótko opisać ile osób spośród zatrudnionych pełni określoną funkcję(np. sprzątaczki – 10 etatów, pracownicy linii montażowej – 20 etatów itd.): ……… |
| Identyczne działania wykonywane na wszystkich zmianach w przypadku pracy zmianowej? |
|  TAK - …….... NIE - ………  |

**3. Organizacja wnioskuje o:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Certyfikację systemu zarządzania |  | Zmiana zakresu certyfikacji systemu zarządzania |
|  | Przeniesienie certyfikacji systemu zarządzania |  | Inne: *np. zmiana adresu* |
|  | Inne, jakie\*: |  | Inne, jakie\*: |

*\*np. przejście na nowe wydanie normy*

**4. Norma odniesienia:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Norma: |
|  | PN-EN ISO 9001:2015 (QMS) |
|  | PN-EN ISO 14001:2015 (EMS) |
|  | PN-N-18001:2004 (BHP) |
|  | OHSAS 18001:2007 (OHSAS) |
|  | PN-EN ISO/IEC 27001:2017 (ISMS) |
|  | HACCP |
|  | Inne, jakie\*: |

**4.1 Od kiedy system jest wdrożony w Organizacji:** ……………………..

**4.2. W przypadku dwóch lub więcej systemów zarządzania proszę określić poziom integracji:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czy Organizacja stosuje:** | **Tak** | **Nie** |
| zintegrowaną dokumentację systemową? |  |  |
| zintegrowane podejście do auditów wewnętrznych?  |  |  |
| zintegrowane podejście do polityki i celów?  |  |  |
| zintegrowane podejście do przeglądów zarządzania?  |  |  |
| zintegrowane podejście do mechanizmów doskonalenia (działania korygujące i doskonalące)?  |  |  |
| zintegrowane podejście do procesów systemów |  |  |
| zintegrowane wsparcie i odpowiedzialności kierownictwa  |  |  |

**5. Informacje dotyczące przeniesienia certyfikacji systemu zarządzania:** *(proszę wypełnić tylko w przypadku ubiegania się o przeniesienie certyfikacji systemu zarządzania)*

|  |  |
| --- | --- |
| Aktualny certyfikat wydany jest przez: |  |
| Numer certyfikatu: |  |
| Data ważności certyfikatu: |  |
| Przyczyna ubiegania się o przeniesienie certyfikacji: |  |
| Etap w bieżącym cyklu certyfikacji |  | Audit ponownej certyfikacji |
|  | I audit nadzoru |
|  | II audit nadzoru |

**6. Zakres systemu zarządzania objęty certyfikacją widoczny na certyfikacie** *(np. usługi ogólnobudowlane; produkcja mebli z płyt wiórowych; pielęgniarska opieka długoterminowa, etc.)*

*(jeśli zakres jest różny, dla różnych lokalizacji należy to wskazać)*

|  |  |
| --- | --- |
| Funkcja centralna – zakres certyfikacji: |  |
| Lokalizacja 1 – zakres certyfikacji: |  |
| Lokalizacja 2 – zakres certyfikacji: |  |

**7. Klasyfikacja działalności objętej certyfikacją (PKD):**

|  |
| --- |
|  |

**8. Procesy objęte zakresem certyfikacji zlecane do podwykonawców:**

|  |
| --- |
| Czy Organizacja zleca na zewnątrz procesy, które mogą wpływać na zgodność z wymaganiami? |
|  | NIE |
|  | TAK, proszę wymienić:  |

**9. Zasoby techniczne, funkcje i powiązania itp. w korporacji lub inne istotne aspekty działalności firmy**

|  |
| --- |
|  |

**10. Wymagania prawne:**

|  |
| --- |
| Czy Organizację obowiązują wymagania prawne wychodzące poza ogólne wymagania? |
|  | NIE |
|  | TAK, proszę wymienić: ……… |

**11. Dane poufne lub wrażliwe:**

|  |
| --- |
| Czy Organizacja posiada zapisy, które nie mogą być udostępnione do wglądu zespołowi audytowane ze względu na ich poufny lub wrażliwy charakter: |
|  | NIE |
|  | TAK, proszę opisać jakie: ……….  |

**12. Czynniki odnoszące się do Organizacji:**

|  |
| --- |
| Niezastosowane punkty dopuszczone postanowieniami przedmiotowej normy (poprzednio wyłączenia) |
|  | NIE DOTYCZY |
|  | TAK, proszę wymienić: ………… |
| Organizacja posiada już inny certyfikowany system zarządzania |
|  | NIE  |
|  | TAK, proszę podać normy na zgodność, z którymi system jest certyfikowany: ………. |
|  |
| Informacje o Organizacji *(proszę zaznaczyć jeśli dotyczy)* |
|  | Wysoki poziom automatyzacji procesów  *(wykonywane czynności są zautomatyzowane i powtarzalne)* |
|  | Mały teren w stosunku do liczby zatrudnionych pracowników *(itp. tylko kompleks biurowy)* |
|  | Skomplikowana sytuacja logistyczna – audytowane procesy są prowadzone w wielu oddalonych budynkach *(itp. hale produkcyjne oddalone od budynków administracji, konieczność przemieszczania się między budynkami)*  |
|  | Powierzchnia zakładu w porównaniu z liczbą pracowników jest bardzo duża *(itp. obszar leśny)*  |
|  | Działania, które wymagają wizytowania oddziałów tymczasowych w celu weryfikacji działań w oddziale stałym, którego system podlega certyfikacji  |
|  | Systemy obejmujące bardzo skomplikowane procesy lub stosunkowo dużą liczbę nietypowych czynności  |
|  | Personel mówiący kilkoma językami i/lub dokumentacja jest w więcej niż jednym języku  |

**13. Czy korzystali Państwo z usług konsultanta w okresie ostatnich 2 lat?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | NIE |
|  | TAK, proszę podać nazwę firmy konsultingowej oraz imię i nazwisko konsultanta: …………………………………………  |

**II. CZĘŚĆ B**

**W zależności od certyfikowanego Systemu Zarządzania wypełnić właściwą tabelę.**

**Pozostałe tabele niemające zastosowania należy usunąć.**

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE BHP/OHSAS** |
| Proszę wymienić **kluczowe zagrożenia oraz ryzyka BHP** związane z procesami, ze wskazaniem jakiej lokalizacji one dotyczą: |  |
| Proszę wymienić **najważniejsze materiały niebezpieczne** wykorzystywane w tych procesach, ze wskazaniem jakiej lokalizacji one dotyczą: |  |
| Proszę wymienić **wszelkie istotne obowiązki prawne** wynikające z mających zastosowanie przepisów dotyczących BHP, ze wskazaniem jakiej lokalizacji one dotyczą: |  |
| Czy w okresie od ostatniego auditu/zakończenia wdrożenia systemu w Państwa Organizacji wystąpił poważny incydent lub naruszenie przepisów powodujący konieczność zaangażowania kompetentnego organu regulującego? |
|  | Nie  |
|  | Tak, proszę wymienić: |
| Proszę wskazać różnice w działalności każdego oddziału (np. różnice w technologii, wyposażeniu, ilości wykorzystywanych i przechowywanych materiałów niebezpiecznych, środowisku pracy, pomieszczeniach, itd.).*(dotyczy Organizacji z więcej niż jedną lokalizacją)* |
|  |
| Czy w trakcie auditu obecna będzie duża liczba firm (pod)wykonawców i ich pracowników, powodująca zwiększenie złożoności lub ryzyk dla BHP (np. okresowe wyłączenia lub przestoje technologiczne rafinerii, zakładów chemicznych, hut stali i innych dużych kompleksów przemysłowych)? *(jeżeli tak, to proszę podać ilość tych firm wraz z ilością ich pracowników oraz określić jakie czynności realizują)*  |
|  | Nie  |
|  | Tak, proszę wymienić: |
| Proszę wskazać czy wypadkowość oraz zapadalność na choroby zawodowe w Państwa Organizacji jest wyższa od średniej dla danego sektora działalności gospodarczej. |
|  | Nie  |
|  | Tak |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE EMS** |
| **wykaz aspektów środowiskowych:***(proszę wymienić kluczowe aspekty środowiskowe , które dotyczą Organizacji)* |  |
| **wykaz zezwoleń dotyczących środowiska:** |  |
| **czynniki związane z lokalizacją** *(itp. bliskość lasu, mokradeł, skupisk ludzkich itp.)* |  |
| *Jeśli TAK, proszę zaznaczyć X:* |
|  | Większa wrażliwość w odbiorze środowiska w porównaniu z typowymi sektorami przemysłu |
|  | Dodatkowe/nadzwyczajne aspekty środowiska dla sektora odpowiadającego Organizacji |
|  | Dodatkowe/nadzwyczajne pozwolenia/ przepisy ustawodawcze dla sektora odpowiadającego Organizacji |
|  | Określono aspekty środowiskowe pod kątem aspektów bezpośrednich i pośrednich |

| **INFORMACJE DOTYCZĄCE ISMS** |
| --- |
| Czy Organizacja udokumentowała wdrożony ISMS zgodnie z ISO/IEC 27001? | TAK |  | NIE |  |
| Czy Organizacja posiada Deklarację Stosowania? | TAK |  | NIE |  |
| Data i numer ustanowienia Deklaracji Stosowania  |  |
| Wyłączenia z załącznika A Deklaracji Stosowania |  |
| Duża liczba norm i regulacji, mających zastosowanie w ISMS? | TAK |  | NIE |  |
| Wszystkie lokalizacje działają w ramach tego samego ISMS, który jest centralnie administrowany i auditowany oraz poddawany centralnemu przeglądowi zarządzania ? | TAK |  | NIE |  |
| Wszystkie lokalizacje są włączone do programu przeglądu zarządzania ISMS? | TAK |  | NIE |  |
| Wszystkie lokalizacje są włączone do programu wewnętrznego auditu ISMS? | TAK |  | NIE |  |
| Czy w Organizacji zdefiniowano znaczące ryzyko? | TAK |  | NIE |  |
| Liczba lokalizacji objęta znaczącym ryzykiem : ………..  |
| Liczba lokalizacji zapasowych i miejsc odzyskiwania danych po awarii  |
|  | Niskie wymagania dostępności, brak alternatywnych lokalizacji lub jeden ośrodek odtwarzania po katastrofie (DR) |
|  | Średnie/wysokie wymagania dostępności i brak lub jeden DR |
|  | Wysoka dostępność (np. usługi 24/7) i kilka DR |
|  |
| Krytyczność sektorów biznesowych  |
|  | Organizacja działa w niekrytycznym sektorze biznesowym i sektorze nie podlegającym regulacjom |
|  | Organizacja ma klientów w krytycznym sektorze biznesowym |
|  | Organizacja działa w krytycznym sektorze biznesowym |
| Procesy i zadania |
|  | Standardowe procesy ze standardowymi i powtarzalnymi zadaniami, wiele osób pracujących pod kontrola Organizacji wykonuje te same zadania; kilka produktów i usług |
|  | Standardowe, ale niepowtarzalne procesy z dużą liczbą produktów i usług |
|  | Złożone procesy, duża liczba produktów i usług, wiele jednostek biznesowych wchodzących w zakres certyfikacji (SZBI obejmuje bardzo złożone procesy lub stosunkowo dużą liczbę unikatowych działań)  |
| Poziom ustanowienia systemu |
|  | SZBI jest już w pełni ustanowiony i/lub działa w Organizacji inny system zarządzania |
|  | Niektóre elementy innych systemów zarządzania są wdrożone, inne nie |
|  | Nie jest wdrożony żaden inny system zarządzania, SZBI jest nowy i nie do końca ustanowiony |
| Złożoność infrastruktury |
|  | Nieliczne lub wysoko ustandaryzowane platformy IT, system operacyjne, bazy danych, sieci itp. |
|  | Kilka różnych platform IT, serwerów, systemów operacyjnych, baz danych, sieci |
|  | Wiele różnych platform IT, serwerów, systemów operacyjnych, baz danych, sieci |
| Zależność od zlecania na zewnątrz i dostawców, w tym usług w chmurze |
|  | Brak lub niewielka zależność od zlecania na zewnątrz lub od dostawców  |
|  | Pewna zależność od przetwarzania na zewnątrz lub dostawców, związana z niektórymi, ale nie wszystkimi, ważnymi działaniami biznesowymi |
|  | Duża zależność od przetwarzania na zewnątrz lub dostawców, wielki wpływ na ważne działania biznesowe |
| Rozwój systemów informacyjnych  |
|  | Brak systemów/aplikacji w Organizacji lub bardzo słabo rozwinięte systemy/aplikacje w Organizacji |
|  | Rozwój systemów/aplikacji w niewielkim zakresie, w Organizacji lub zlecane na zewnątrz, dla realizacji niektórych ważnych celów biznesowych |
|  | Rozwój systemów/aplikacji w szerokim zakresie, w Organizacji lub zlecane na zewnątrz, dla realizacji ważnych celów biznesowych |

**III. CZĘŚĆ C**

**Autoryzacja danych**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko osoby wypełniającej  | Stanowisko |
|       |       |

Data i podpis: ………………………………………….

**IV. CZĘŚĆ D – wypełnia jednostka certyfikująca**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NA PODSTAWIE PRZEPROWADZONEGO PRZEGLĄDU WNIOSKU STWIERDZONO, ŻE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** | **UWAGI** |
| informacje dotyczące wnioskującej Organizacji i jej systemu zarządzania są wystarczające do przeprowadzenia procesu certyfikacji  | **□** | **□** |  |
| wymagania certyfikacyjne zostały dostarczone wnioskującej Organizacji | **□** | **□** |  |
| wszelkie różnice w rozumieniu zagadnień pomiędzy ISOCERT, a wnioskująca Organizacją zostały rozwiązane | **□** | **□** |  |
| ISOCERT posiada kompetencje i możliwości przeprowadzenia procesu certyfikacji | **□** | **□** |  |
| ISOCERT wzięło pod uwagę zakres certyfikacji, o którą ubiega się wnioskująca Organizacja, lokalizację działalności wnioskującej Organizacji , czas potrzebny do przeprowadzenia auditu oraz wszelkie inne elementy wpływające na działalność certyfikacyjną ( język, warunki bezpieczeństwa, zagrożenia bezstronności itp.) | **□** | **□** |  |

**Określono kod EA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ 1 | □ 2 | □ 3 | □ 4 | □ 5 | □ 6 | □ 7 | □ 8 | □ 9 | □ 10 |
| □ 11 | □ 12 | □ 13 | □ 14 | □ 15 | □ 16 | □ 17a | □ 17b | □ 18 | □ 19 |
| □ 20 | □ 21 | □ 22 | □ 23 | □ 24 | □ 25 | □ 26 | □ 27 | □ 28 | □ 29a |
| □ 29b | □ 30 | □ 31 | □ 32 | □ 33 | □ 34 | □ 35 | □ 36 | □ 37  | □ 38 |
| □ 39a | □ 39b |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Określono obszar EMS (EM):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ 0 | □ 1 | □ 2 | □ 3 | □ 4 | □ 5 | □ 6 | □ 7 | □ 8 | □ 9 |
| □ 10 | □ 11 | □ 12 | □ 13 | □ 14 | □ 15 | □ 16 | □ 17 | □ 18 | □ 19 |
| □ 20 | □ 21 | □ 22 | □ 23 | □ 24 | □ 25 | □ 26 | □ 27 | □ 28 | □ 29 |
| □ 30 | □ 31 | □ 32 | □ 33 | □ 34 | □ 35 | □ 36 | □ 37  | □ 38 | □ 39 |
| □ 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Określono obszar BHP (SM):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ 1 | □ 2 | □ 3 | □ 4 | □ 5 | □ 6 | □ 7 | □ 8 | □ 9 | □ 10 |
| □ 11 | □ 12 | □ 13 |  |

**ISOCERT POSIADA AKREDYTACJĘ W POWYŻSZYCH OBSZARACH:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ TAK | □ NIE | □ UWAGI: |

**DECYZJA:** **Certyfikacja wnioskodawcy:****□- Jest możliwa □ - Nie jest możliwa****Uzasadnienie, w przypadku niemożliwości przeprowadzenia certyfikacji:** |
| Wniosek zweryfikował: | Data i podpis |