**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 osób  Zatrudnionych \*: | 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 | III 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 poza funkcją centralną (pkt. 1.1.) oddziały stałe. W przypadku większej ilości oddziałów stałych proszę skopiować tabelę i podać dane dla każdej lokalizacji osobno.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Struktura zatrudnienia | | | |
| Oddział stały  nr. 1 | Adres: | | |
| Liczba osób  Zatrudnionych \*: | 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 | III zmiana |
|  | |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy organizacja dostarcza wyroby lub usługi w oddziałach tymczasowych (oddziały tymczasowe – są to lokalizacje nie zdefiniowane jako oddziały stałe, w których organizacja wykonuje określone prace lub świadczy usługi w ograniczonym okresie czasu)? | | |
|  | NIE | |
|  | TAK, proszę podać liczbę oddziałów tymczasowych:…………………………………………….. | |
| Czy w tych oddziałach prowadzone są podobne procesy: | |
|  | TAK |
|  | NIE, proszę scharakteryzować procesy występujące w każdym oddziale tymczasowym:……………….. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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-ISO 45001:2018 (OHS) |
|  | 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: ………………………………………… |

**14. Czy do wniosku dołączono załączniki?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | NIE |
|  | TAK, proszę wymienić jakie:…………………………………….. |

**II. CZĘŚĆ B**

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

**Pozostałe tabele niemające zastosowania należy usunąć.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE BHP/OHSAS/OHS** | | |
| 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.) | **□** | **□** |  |   **ANALIZA DODATKOWYCH INFORMACJI** *(np. informacje dostarczone w postaci dodatkowych dokumentów mających wpływ na przegląd wniosku, które nie zostały zawarte w treści wniosku)*   |  | | --- | |  |   **Określono kod IAF:**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | □ 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, OHSAS, OHS (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 |