|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *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. na adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.* | | | | |
| **AKTUALNE DANE KONTAKTOWE ORGANIZACJI** | | | | |
| Pełna nazwa Organizacji: |  | | | |
| Siedziba i adres Organizacji: |  | | | |
| Ilość certyfikowanych lokalizacji/aktualne adresy: |  | | | |
| Prosimy o podanie adres e-mail, na jaki ma zostać przesłana faktura elektroniczna: |  | | | |
| Czy Organizacja pracuje w systemie zmianowym?  *(jeżeli tak, proszę o wskazanie ilości zmian)* |  | | | |
| **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 oraz na podstawie innych form zatrudnienia (np. kontrakty, zlecenia, dyżury) w przeliczeniu na pełne etaty *(poprzez etat rozumie się 40-godzinny tydzień pracy, np. pracownik pracujący 8 godzin w tygodniu to 1/5 etatu).*  Jeżeli jest więcej niż jedna lokalizacja proszę wskazać liczbę zatrudnionych pracowników w każdej lokalizacji. | |  | | |
| 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 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)* | |  | | |
| Czy zmieniła się deklaracja stosowania?Dotyczy PN-EN ISO/IEC 27001  *(Jeśli tak, należy wskazać wydanie oraz datę obowiązującej deklaracji, w przypadku wyłączeń z Załącznika A wskazać zmiany)* | |  | | |
| Czy zmieniły się znaczące aspekty środowiskowe? Dotyczy PN-EN ISO 14001 | |  | | |
| Czy kolejny audit ma dotyczyć przejścia na nowe wydanie normy (norm)? | |  | | |
| Inne\*  *(np. niewielkie zmiany w zakresie certyfikacji, rezygnacja z danego systemu zarządzania, zmiany w punktach niemających zastosowania w przedmiotowej normie (poprzednio wyłączenia) itp.)* | |  | | |
| 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)? *(proszę wstawić „x” przy odpowiedzi)* | |  | **NIE** | |
|  | **TAK**, proszę podać liczbę oddziałów tymczasowych:……………. | |
| Czy w tych oddziałach prowadzone są podobne procesy *(proszę wstawić „x” przy odpowiedzi)*: | |
|  | **TAK** |
|  | **NIE**, proszę scharakteryzować procesy występujące w każdym oddziale tymczasowym:……………….. |
| Osoba wypełniająca kwestionariusz: | | Podpis i data: | | |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACJE DOTYCZĄCE PN-N-18001:2004 /BS OHSAS 18001:2007/PN-ISO 45001:2018  *(jeżeli tabela nie ma zastosowania należy ją usunąć)* | | | | | |
| 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? | | | | tak |  |
| nie |  |
| 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)* | | | | tak |  |
| nie |  |
| Proszę wskazać czy wypadkowość oraz zapadalność na choroby zawodowe w Państwa Organizacji jest wyższa od średniej dla danego sektora działalności gospodarczej. | | | | tak |  |
| nie |  |
| Osoba wypełniająca kwestionariusz: | | Podpis i data: | | | | |