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

 **1.1 Ogólne 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 | III zmiana |
|  |  |  |
| Czy personel wykonuje identyczne działania na wszystkich zmianach |
| TAK - [ ]  NIE - [ ]  |

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

**1.2 Dane dotyczące zatrudnienia w oddziałach:**

*Proszę wypełnić tabelę poniżej dotyczącą Struktury zatrudnienia jeśli firma posiada poza funkcją centralną (pkt. 1.1.) oddział stały lub tymczasowy. W przypadku większej ilości oddziałów stałych lub tymczasowych proszę skopiować tabelę Struktura zatrudnienia i podać dane dla każdego oddziału osobno.*

|  |
| --- |
| Struktura zatrudnienia  |
| Oddział stałynr 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 | III zmiana |
|  |  |  |
| Czy personel wykonuje identyczne działania na wszystkich zmianach |
| TAK - [ ]  NIE - [ ]  |

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

|  |
| --- |
| Struktura zatrudnienia  |
| Oddział tymczasowynr 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 | III zmiana |
|  |  |  |
| Czy personel wykonuje identyczne działania na wszystkich zmianach |
| TAK - [ ]  NIE - [ ]  |

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

 **1.3. Pozostałe dane dotyczące personelu**

|  |
| --- |
| Czy w skład personelu wchodzą pracownicy przebywający poza Organizacją (np. handlowcy, kierowcy, pracownicy ochrony przebywający w obiektach klienta, pracownicy budowlani, pracownicy montażowi itp.)?  |
|  | NIE |
|  | TAK, proszę wymienić stanowiska i liczbę takich osób w przeliczeniu na etaty oraz podać rodzaj realizowanych usług poza siedzibą Organizacji: ……… |
| 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.): ……… |

**2. 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*

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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\*: |
| Czy w całej Organizacji funkcjonuje pojedynczy system zarządzania? (pojedynczy system zarządzania może spełniać wymagania kilku norm dotyczących systemów zarządzania) | TAK - [ ]  NIE - [ ]  |
| **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  |  |  |
| Od kiedy wdrożony jest system: |  |

**3. 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 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Funkcja centralna – zakres certyfikacji: |  |
| Oddział stały/tymczasowy – zakres certyfikacji: |  |
| Oddział stały/tymczasowy – zakres certyfikacji: |  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

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

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

|  |
| --- |
|  |

**8. Wymagania prawne:**

|  |
| --- |
| Czy Organizację obowiązują wymagania prawne wychodzące poza ogólne wymagania ? *(w odniesieniu do certyfikowanego systemu)* |
|  | NIE |
|  | TAK, proszę wymienić: ……… |

**9. Dane poufne lub wrażliwe:**

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

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

|  |
| --- |
| Niezastosowane punkty dopuszczone postanowieniami przedmiotowej normy *(poprzednio wyłączenia – dotyczy wyłącznie QMS)* |
|  | NIE DOTYCZY |
|  | TAK, proszę wymienić: ………… |
| Organizacja posiada już inny certyfikowany system zarządzania *(Organizacja już jest certyfikowana lub uznana zgodnie z programem strony trzeciej – np. innej jednostki certyfikującej lub podlega okresowym auditom prowadzonym przez organ krajowy w ramach obowiązkowego rządowego programu BHP)* |
|  | NIE  |
|  | TAK, proszę podać normy na zgodność, z którymi system jest certyfikowany: ………. |
|  |
| Informacje o Organizacji *(proszę zaznaczyć „x” jeśli dotyczy)* |
|  | skomplikowana logistyka obejmująca więcej, niż jeden budynek lub lokalizację, w których prowadzona jest działalność np. konieczność auditowania samo dzielnego Centrum Projektowania  |
|  | personel mówiący więcej niż jednym językiem, co powoduje konieczność korzystania z tłumacza lub wyklucza możliwość prowadzenia niezależnych działań przez poszczególnych auditorów |
|  | bardzo duży teren w stosunku do liczby personelu np. las |
|  | duża liczba przepisów regulujących działalność (np. przemysł lotniczy, energetyka jądrowa, przemysł rafineryjny i chemiczny, statki rybackie, górnictwo - dotyczy EMS, BHP, żywność, leki, medycyna itd.) |
|  | systemy obejmujące bardzo złożone procesy lub stosunkowo dużą liczbę nietypowych czynności |
|  | bardzo mały teren w stosunku do liczby zatrudnionych np. kompleks biurowy |
|  | wysoki poziom automatyzacji procesów  *(wykonywane czynności są zautomatyzowane i powtarzalne)* |

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

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

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

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

**II. CZĘŚĆ B**

**(dotyczy wyłącznie systemów: PN-EN ISO 14001:2015; PN-N-18001:2004/ BS OHSAS 18001:2007/ PN-ISO 45001:2018; PN-EN ISO/IEC 27001:2017)**

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

**Pozostałe tabele niemające zastosowania należy usunąć.**

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE PN-N-18001:2004/ BS OHSAS 18001:2007/ PN-ISO 45001:2018** |
| 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: |
| Informacje o Organizacji (proszę zaznaczyć „x” jeśli dotyczy) |
|  | Wypadkowość oraz zapadalność na choroby zawodowe w Państwa Organizacji jest wyższa od średniej dla danego sektora działalności gospodarczej |
|  | Obecność osób postronnych na terenie Organizacji (np. szpitale, szkoły, lotniska, porty, dworce kolejowe, transport publiczny) |
|  | Postępowanie prawne przeciwko Organizacji w sprawie dotyczącej BHP |
|  | Obecność niebezpiecznych substancji w ilościach narażających zakład na ryzyko poważnych awarii przemysłowych |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE** **PN-EN ISO 14001:2015** |
| **wykaz aspektów środowiskowych:***(proszę wymienić kluczowe aspekty środowiskowe , które dotyczą Organizacji)* |  |
| **wykaz zezwoleń dotyczących środowiska:** |  |
| Informacje o Organizacji (proszę zaznaczyć „x” jeśli dotyczy) |
|  | Większa wrażliwość narażonego środowiska w porównaniu z typowymi lokalizacjami w sektorze przemysłu. |
|  | Dodatkowe lub nadzwyczajne aspekty środowiskowe lub uwarunkowania określone przepisami w sektorze. |
|  | Ryzyko wypadków środowiskowych i wpływu na środowisko występujące lub mogące wystąpić w konsekwencji incydentów, wypadków i potencjalnych sytuacji awaryjnych, wcześniejsze problemy środowiskowe, do których przyczyniła się organizacja. |

| **INFORMACJE DOTYCZĄCE PN-EN ISO/IEC 27001:2017** |
| --- |
| 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 |