|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *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 na adres e-mail:* | | | | | |
| **AKTUALNE DANE KONTAKTOWE ORGANIZACJI** | | | | | |
| Pełna nazwa Organizacji: | | |  | | |
| Siedziba i adres Organizacji: | | |  | | |
| Aktualne adresy certyfikowanych lokalizacji:  *(proszę o wskazanie rodzaju lokalizacji: funkcja centralna, oddział stały, oddziały tymczasowy)* | | |  | | |
| 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 oraz na podstawie innych form zatrudnienia (np. kontrakty, zlecenia, dyżury) w przeliczeniu na pełne etaty ze wskazaniem lokalizacji *(poprzez etat rozumie się 40-godzinny tydzień pracy, np. pracownik pracujący 8 godzin w tygodniu to 1/5 etatu).* | | | | | |
| Rodzaj lokalizacji | | Liczba zatrudnionych osób | Liczba zmian | | Czy w oddziałach tymczasowych prowadzone są podobne procesy? Jeśli nie, proszę scharakteryzować procesy występujące w każdym oddziale tymczasowym. |
| Funkcja centralna | |  |  | |
| Oddział stały 1 | |  |  | |
| Oddział stały 2 | |  |  | |
| Oddział tymczasowy 1 | |  |  | |  |
| Oddział tymczasowy 2 | |  |  | |  |
| 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: ……… | | | | |
| 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.)* | | | |  | |
| Lokalizacje objęte znaczącym ryzykiem. Dotyczy PN-EN ISO/IEC 27001 | | | |  | |
| 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.)* | | | |  | |
| Osoba wypełniająca kwestionariusz: | | | | Podpis i data: | |

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

***(Tabela do usunięcia przez specjalistę w przypadku , gdy system PN-ISO 45001:2018 nie jest objęty certyfikacją)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE 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 | | |
| Osoba wypełniająca kwestionariusz: | | Podpis i data: | |

*Data i podpis osoby zatwierdzającej:*