

Αίτηση Πιστοποίησης Συστήματος Διαχείρισης

Κωδικός: (συμπληρώνεται από το Φορέα)

Ημερομηνία Αίτησης: / /

Στοιχεία Οργανισμού	Βασικά Στοιχεία			
	Εταιρική Μορφή:			
	Πλήρης Επωνυμία:			
	Διακριτικός τίτλος:			
	Α.Φ.Μ.:		Δ.Ο.Υ.:	
	Δραστηριότητες (α ΚΑΔ):			
	Κωδ. ΕΑ:		Κωδ. NACE:	
	Κατηγορίες (ISO/TS 22003):			
	Νόμιμος Εκπρόσωπος:			
	Υπεύθυνος Συστήματος Διαχείρισης:			
	Στοιχεία Έδρας (κύριας εγκατάστασης) (συμπληρώνεται ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ)			
	Οδός-Αριθμός-Τ.Κ.-Περιοχή:			
	Πόλη:		Νομός:	
	Τηλέφωνο/α:		Fax:	
	e-mail:		Web Site:	
Εργαζόμενοι:		Βάρδιες:		
Ανά Βάρδια:		Εποχικοί/Έκτακτοι:		
Στοιχεία Παραρτημάτων/Υποκαταστημάτων (δευτερευουσών εγκαταστάσεων) (αν υφίστανται)				
Πλήρης Διεύθυνση (Οδός-Αριθμός-Τ.Κ.-Περιοχή-Πόλη-Νομός)		Τηλέφωνο		
		Εργαζόμενοι (Συνολικά/Βάρδιες/Ανά Βάρδια)		
1				
2				
3				
4				
5				
Στοιχεία Αιτηθείσας Πιστοποίησης Συστημάτων Διαχείρισης (ΣΔ)				
Πρότυπο/α ☐ ISO 9001 ☐ ISO 21001 ☐ ISO/IEC 27001 * ☐ ISO 22301 * ☐ ISO 22000 *				
Πιστοποίησης: ☐ ISO 37001 ☐ ISO 29993 ☐ ISO/IEC 27701 * ☐ Άλλο:				
☐ Ολοκληρωμένο ΣΔ (>1 πρότυπα)		☐ ΣΔ ήδη πιστοποιημένο από άλλο Φορέα		
Ημερομηνία Εφαρμογής ΣΔ: / /		Πλήθος Μελετών HACCP (αφορά ISO 22000):		
Γραμμές Παραγωγής: (πλήθος, περιγραφή)				
Πεδίο Εφαρμογής του ΣΔ: (αναγραφή στο πιστοποιητικό)				
Στοιχεία Συμβούλου:				
Υπεργολάβοι: (στοιχεία & δραστηριότητες)				
Συνημ. Δικαιολογητικά: ☐ Εγχειρίδιο ΣΔ ☐ Νομοθεσία ☐ Λοιπή Τεκμηρίωση*				

* Για ΣΔΑΠ ή/και ΣΔΠ υποβάλλεται η πρόσφατη Δήλωση Εφαρμοσιμότητας (Statement of Applicability SoA) και για ΣΔΑΤ οι μελέτες HACCP, τα προαπαιτούμενα προγράμματα και η άδεια λειτουργίας του Οργανισμού

Δηλώνω ότι: - Ενημερώθηκα και αποδέχομαι τις προδιαγραφές πιστοποίησης του ΣΔ που εφαρμόζει ο Οργανισμός που νόμιμα εκπροσωπώ, όπως αυτές καθορίζονται στο Γενικό και τον, αντίστοιχο του προτύπου, Ειδικό Κανονισμό Πιστοποίησης. - Δεν έχω υποβάλει σε άλλο Φορέα αίτηση για την ίδια πιστοποίηση. - Αποδέχομαι την έγκαιρη εξόφληση των τελών πιστοποίησης, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της αξιολόγησης.	Νόμιμος Εκπρόσωπος (σφραγίδα-υπογραφή)
--	---

Ο Φορέας Πιστοποίησης UCERT διαχειρίζεται με πλήρη εμπιστευτικότητα τα δεδομένα του παρόντος εντύπου.

Ανασκόπηση της Αίτησης (συμπληρώνεται από Υπεύθυνο του Φορέα)		Ημερομηνία: / /20	
Επαρκούν οι δοθείσες πληροφορίες για τη διαμόρφωση προγράμματος επιθεώρησης;		☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Κατανοεί ο Πελάτης τις προδιαγραφές των υπηρεσιών που θα του παρέχει ο Φορέας;		☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Επαρκεί η τεχνογνωσία των προσώπων που θα εμπλακούν στη διαδικασία πιστοποίησης;		☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Ιδιαιτερότητες (π.χ., νομοθ. απαιτ.):			
Ειδικές ικανότητες επιθεωρητών:			
Ειδικές ικανότητες Υπ. Πιστ. ΣΔ:			
Εισήγηση του Υπευθύνου Ανασκόπησης: ☐ Θετική ☐ Αρνητική			
Στοιχειοθέτηση της αρνητικής εισήγησης			
		Υπεύθυνος Ανασκόπησης (ονοματεπώνυμο-υπογραφή)	