**1. Informacja o firmie\***

|  |
| --- |
| Informacje ogólne |
| Nazwa firmy | Podaj nazwę, zgodnie z dokumentem KRS | Status podmiotu[ ]  producent [ ]  importer [ ]  dystrybutor |
| Ulica / numer | Podaj nazwę ulicy oraz numer, np. Poznańska 100 |
| Kod pocztowy, miejscowość | Podaj kod pocztowy oraz miejscowość | Miejsce produkcji | Podaj miasto produkcji |
| NIP | Podaj Numer Identyfikacji Podatkowej | Procesy podzlecane | Podaj rodzaje podzlecanych procesów |
| Numer telefonu | Podaj numer kontaktowy | Liczba zakładów | Podaj liczbę zakładów produkcyjnych |
| Osoba kontaktowa | Podaj imię i nazwisko osoby kontaktowej | Liczba zatrudnionych | Podaj liczbę osób zatrudnionych w firmie |
| E-mail | Podaj adres email osoby kontaktowej | WWW | Podaj adres strony internetowej firmy |

**2. Wybrana usługa TÜV Rheinland Polska Sp. z o.o.**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **Certyfikacja wyrobu na znak zgodności TÜV Rheinland**[ ]  **Certyfikacja wyrobu na znak zgodności TÜV GS**[ ]  Certyfikacja usługi lub wyrobu na zgodność z normą [ ]  Badanie Laboratoryjne wyrobu[ ]  Inspekcja – kontrola odbiorcza wyrobu | [ ]  Inspekcja WTO – kontrola procesu produkcyjnego[ ]  Weryfikacja wymagań[ ]  Usługa Artwork Check[ ]  Usługa Check to Go[ ]  Inne: Podaj zakres interesującej usługi |
| Wersja językowa dokumentu |  [ ]  polska [ ]  angielska [ ]  niemiecka | [ ]  inna Podaj nazwę języka / języków |
| Waluta rozliczenia |  [ ]  Złoty [ ]  Euro  |  |

**3. Raport z badań**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy dla przedstawionych wyrobów posiadają Państwo raporty z badań przeprowadzonych w Akredytowanym Laboratorium wg ISO 17025?  | [ ]  Tak - nr akredytacji ……………….[ ]  Nie  |

Proszę o załączenie kopii raportów. Raporty powinny odnosić się do aktualnych norm, a data badania powinna być nie starsza niż 1 rok.

**4. Lista i klasyfikacja wyrobów/ usług\*** (proszę dokładnie określić wszystkie typy mające zostać objęte certyfikacją)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wyroby – nazwa handlowa / typ | Indeks / Nr artykułu/ Ilość typów | Program certyfikacji | Zgodność z następującą normą i/lub innym dok. normatywnym (+data wydania) |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |
| 3.  |  |  |  |
| 4.  |  |  |  |
| 5.  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Opis wyrobów/ usług**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przeznaczenie wyrobu | [ ]  publiczne  | [ ]  prywatne  | [ ]  specjalne (np. ochrona zdrowia, wojsko, …)  |
| Podstawowe funkcje wyrobu oraz opis działania w przypadku wyrobów innowacyjnych lub usług: |
| Proszę o wpisanie |

Proszę dołączyć informacje o wyrobach: foldery, broszury, raporty z badań, certyfikaty, zdjęcia wyrobu itp. Proszę opisać zasadę działania i przeznaczenie wyrobu, a także obszar zastosowania (sektor publiczny, prywatny, dla zabawek przedział wiekowy). Jeżeli dla danego wyrobu istnieją różne typy – proszę opisać różnice. W przypadku większej liczby wyrobów prosimy o dostarczenie zestawienia na oddzielnym blankiecie. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data i miejsce | Proszę wpisać datę i miejsce |   |
| Pieczęć / podpis | Proszę w tym miejscu wpisać imię i nazwisko osoby upoważnionej / kontaktowej  |

Proszę o przesłanie wypełnionej ankiety na adres **TÜV Rheinland Polska Sp. z o.o. -** certification@pl.tuv.com

|  |  |
| --- | --- |
| Wykaz załączników : | Podaj załączone dokumenty  |

\*informacje wymagane

|  |
| --- |
| **Przegląd wniosku** *(wypełnia pracownik JCW)* |
| **Klient:** **Grupa wyrobów:**  |  |
| **Etapy przeglądu**  |
| lp. | opis | data | podpis |
|  |  |  |  |
| **Podsumowanie**  |
| [ ] - Informacje o kliencie i wyrobie są kompletne[ ]  - Zdefiniowano zakres wnioskowanej certyfikacji (wyrób, program certyfikacji, ocena wg normy)[ ]  - Określono i uzgodniono kryteria oceny [ ]  - Wnioskowane normy znajdują się w zakresie akredytacji Jednostki Certyfikującej[ ]  - Jednostka posiada niezbędne środki, kompetencje i możliwości do przeprowadzenia procesu certyfikacji[ ]  - Proces certyfikacji dla typu wyrobu, [ ]  normy, [ ]  programu – prowadzony jest po raz pierwszy |
| Uzyskano wszystkie informacje niezbędne do przeprowadzenia procesu certyfikacji zgodnie z programem …………. [ ]  TAK [ ]  NIE |
| [ ]  - proces akredytowany  | [ ]  - proces nieakredytowany  |
| **Wynik przeglądu** |
| [ ]  - pozytywny | [ ]  - negatywny |
| *Data i podpis pracownika JCW* |  |