

ΑΙΤΗΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ			
Επωνυμία εταιρείας:			
Διεύθυνση:		Πόλη:	T.K.:
Τηλ:	Fax:	E-mail:	
Άτομο επαφής:		Website:	
Θέση:			
Αριθμός Εγγραφής Εταιρείας:			
2. ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΕΔΙΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ			
3. ΠΡΟΤΥΠΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ			
<input type="checkbox"/> ISO 9001:2015	<input type="checkbox"/> ISO 14001:2015	<input type="checkbox"/> ISO 45001:2018	
<input type="checkbox"/> ISO 22000:2018	<input type="checkbox"/> EMAS		
<input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ (παρακαλούμε διευκρινίστε):			
4. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ / ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ			
Γραφεία:		Βάρδιες (εάν υπάρχουν):	
Παραγωγή:		Εργαζόμενοι ανά βάρδια:	
Μόνιμο προσωπικό:		Αρ. εγκαταστάσεων:	
Αρ. Εργαζομένων που εργάζονται εκτός εγκαταστάσεων ή/και σε εγκαταστάσεις τρίτων:			
(Εάν υπάρχουν άλλες εγκαταστάσεις που καλύπτονται από το ΣΔ, καθώς και εάν η Διεύθυνση επιθεωρούμενης εγκατάστασης είναι διαφορετική από την προαναφερόμενη, συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία):			
1.	Εγκατάσταση / Δραστηριότητα		
	Διεύθυνση / Πόλη / T.K.		
	Αριθμός εργαζομένων:		
	Υπεύθυνος εγκατάστασης:		
	Τηλέφωνο επικοινωνίας		
2	Εγκατάσταση / Δραστηριότητα		

ΑΙΤΗΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

	Διεύθυνση / Πόλη / Τ.Κ.	
	Αριθμός εργαζομένων:	
	Υπεύθυνος εγκατάστασης:	
	Τηλέφωνο επικοινωνίας	
3	Εγκατάσταση / Δραστηριότητα	
	Διεύθυνση / Πόλη / Τ.Κ.	
	Αριθμός εργαζομένων:	
	Υπεύθυνος εγκατάστασης:	
	Τηλέφωνο επικοινωνίας	
5. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΤΕΘΕΙ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ / ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΟΥΣ		
<p>Σε περίπτωση που υπάρχουν υπεργολαβικές δραστηριότητες στο πλαίσιο της προβλεπόμενης πιστοποίησης, παρακαλώ όπως αναφερθεί ο αριθμός υπαλλήλων:</p>		
6. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΝΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΠΟΥ ΔΙΕΠΟΥΝ ΤΑ ΠΡΟΙΟΝΤΑ / ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ		
<p>7. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΛΛΩΝ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΕΩΝ</p> <p>Το σύστημα Διαχείρισης που εφαρμόζεται είναι ήδη πιστοποιημένο; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Εάν ναι, δηλώστε πρότυπο(α): Επιθυμείται τη μεταφορά σας από άλλο φορέα; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Διευκρινίστε:</p>		
8. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (-ΩΝ)		
Το Σύστημα εφαρμόζεται από:		
Ημερομηνία τελευταίας εσωτερικής επιθεώρησης:		
Ημερομηνία ανασκόπησης από τη Διοίκηση:		
Αριθμός μελετών HACCP (εάν εφαρμόζεται):		
Αριθμός γραμμών παραγωγής:		
9. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΕΝΤΥΠΑ		
<p>Σε περίπτωση αίτησης σχετικά με το ISO 45001, παρακαλούμε όπως επισυνάψετε τα εξής:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Τους βασικούς επαγγελματικούς κινδύνους που έχουν εντοπιστεί • Επικίνδυνα υλικά και εξοπλισμός που έχουν χρησιμοποιηθεί <p>Άλλες επιπρόσθετες πληροφορίες:</p>		

“your partner in quality”

ΑΙΤΗΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Συμβουλευτική Εταιρεία:
 Όνομα συμβούλου (εάν υπάρχει):
 Διεύθυνση:
 Τηλέφωνο : Fax:
 E-mail:

Σημείωση: Σύμβουλος είναι οποιοδήποτε πρόσωπο εκτός της εταιρείας που ήταν ή είναι αναμειγμένο στην ανάπτυξη ή / και διατήρηση του Συστήματος Διαχείρισης, π.χ. Υπεύθυνος Συστήματος, Υπεύθυνος HSE, ΕΞΥΠΠ (προετοιμασία Μελέτης Εκτίμησης Κινδύνου με βάση τις νομοθετικές απαιτήσεις), άτομο που διενεργεί τις Εσωτερικές Επιθεωρήσεις / Ελέγχους HSE, συμμετέχει στη διερεύνηση ατυχημάτων, επικοινωνεί με τις αρμόδιες αρχές εκ μέρους της εταιρείας κ.λπ.

10. ΘΕΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΦΘΟΥΝ ΥΠΟΨΗ

Διευκρινίστε:

Δεν εφαρμόζεται

11. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗΣ

Επιθυμητή ημερομηνία επιθεώρησης:

Γλώσσα επιθεώρησης:

Ελληνική Αγγλική Άλλο Διευκρινίστε:

12. Δήλωση

- Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που αναφέρονται στην Αίτηση είναι πλήρη και σωστά.
- Συμφωνώ να καταβάλω το τέλος πιστοποίησης ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της πιστοποίησης.
- Σύμφωνα με τον Περί Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων Νόμο 138 (I) 2001, συμφωνώ για τη συλλογή, αποθήκευση, επεξεργασία, διαβίβαση, διάθεση και ανάλυση των παραπάνω δεδομένων για τις ανάγκες που απαιτούνται για τη διαδικασία πιστοποίησης από τη Nortest Ltd. Υποβάλλω τα δεδομένα εθελοντικά, διατηρώντας το δικαίωμα πρόσβασης στο περιεχόμενο των δεδομένων μου και τη δυνατότητα διόρθωσής τους.
- Δηλώνω υπεύθυνα ότι καλύπτω όλες τις Νομοθετικές απαιτήσεις για την αδειοδότηση λειτουργίας της επιχείρησής μου, τα προϊόντα που παράγω ή/και τις υπηρεσίες που παρέχω.

Όνομα εξουσιοδοτημένου
 προσώπου:

Υπογραφή &
 Σφραγίδα:

Ημερομηνία:

*** ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙ ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣ**