****

**BUREAU VERITAS CERTIFICATION**

**WNIOSEK O WYCENĘ KOSZTÓW CERTYFIKACJI**

**Email:**

**Adresat:**

**Bureau Veritas Polska Sp. z o.o.**

**ul. Migdałowa 4**

**02-796 Warszawa**

**Tel. 022 549 04 00**

**www.bureauveritas.pl**

**1. Dane Firmy:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Firmy: |       |
| Adres: |       |
| Strona internetowa: |       |
| NIP / KRS |       |       |

**2. Dane osoby upoważnionej do kontaktu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |       |
| Stanowisko / Funkcja |       |
| Telefon |       |
| Adres e-mail |       |

**3. Charakter działalności Firmy:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Usługi | **[ ]**  | Produkcja | **[ ]**  | Przetwórstwo | **[ ]**  | Administracja | **[ ]**  |
| Handel, dystrybucja | **[ ]**  | Logistyka | **[ ]**  | Badania | **[ ]**  | Uprawa, hodowla | **[ ]**  |
| Wydobycie/kopalnictwo | **[ ]**  | Inne       |
| **Kody działalności wg IAF / NACE2 / PKD2007**:       |

**4. Informacje dotyczące systemów zarządzania**

4.1 Posiadane certyfikaty systemu zarządzania (norma, jednostka certyfikująca, data ważności):

**5. Zakres oczekiwanej usługi certyfikacyjnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Certyfikacja** | **[ ]**  | **Zmiana zakresu** | **[ ]**  | **Re-certyfikacja** | **[ ]**  |  | **Przeniesienie cert.** | **[ ]**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ISO 9001 | **[ ]**  | ISO 14001 | **[ ]**  | ISO/IEC 27001 | **[ ]**  | WSK | **[ ]**  |
| ISO 28000 | **[ ]**  | ISO 37001 | **[ ]**  | ISO 45001 | **[ ]**  | Weryfikacja EMAS | **[ ]**  |
| SA 8000 | **[ ]**  | SQAS Road | **[ ]**  | Inne | **[ ]**  | …………………… |  |

*Uwaga:*

*W przypadku AS/EN91x0, IATF 16949, ISO/TS 22163, ISO 22000, IFS, BRCGS, FSC, PEFC, HACCP/Codex.Alim., SA8000, ISO 22301 oraz Audytami Przedsiębiorcy w zakresie recyklingu i przetwarzania odpadów zastosowanie mają specyficzne formularze wniosku. Prosimy o kontakt z biurem BVC Polska.*

5.1 Określenie zakresu certyfikowanego systemu (zdefiniować zakres np. projektowanie i produkcja mebli drewnianych)

**6. Informacje dotyczące lokalizacji objętych certyfikacją**

Ilość lokalizacji objętych certyfikacją?       *Uwaga: Jeśli więcej niż jedna lokalizacja proszę wypełnić Załącznik do wniosku.*

Czy firma posiada jakiekolwiek tymczasowe lokalizacje? **[ ]**  Nie **[ ]**  Tak Ile?

Jeśli tak – jakiego rodzaju?

**7. Pozostałe informacje**

Czy firma korzystała z usług firm konsultacyjnych? **[ ]**  Nie **[ ]**  Tak

Jeśli tak - proszę podać imię i nazwisko konsultanta:

Czy firma jest częścią większej korporacji? **[ ]**  Nie **[ ]**  Tak

Jeśli tak - proszę podać nazwę organizacji:

Jeśli tak – czy istnieje jakaś forma nadzoru Państwa systemu zarządzania ze strony „korporacji” i jaka?

**8. Struktura zatrudnienia**

8.1 Prosimy o podanie informacji o podwykonawcach, którzy stale współpracują z organizacją w ramach innej umowy, niż umowa
o pracę i którzy są objęci zakresem certyfikowanego systemu zarządzania (np. kierowcy, utrzymanie ruchu, co-packing, itd.). *Liczbę ww. pracowników kontraktowych należy podać odpowiednio w tabeli p. 8.2.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8.2 Lokalizacje i struktura | **Lokalizacja 1** | **Lokalizacja 2** | **Lokalizacja 3** | **Lokalizacja 4** | **Lokalizacja 5** |
| **Nazwa, adres** |       |       |       |       |       |
| **Rodzaj prowadzonej działalności** |       |       |       |       |       |
| **Całkowita liczba pracowników objętych systemem zarządzania w tym:** |       |       |       |       |       |
|  | Kierownictwo i personel administracyjny pełnoetatowy pracujący na głownej zmianie |       |       |       |       |       |
| Wykwalifikowani pracownicy pracujący na zmiany – pełnoetatowi i kontraktowi |       |       |       |       |       |
| Niewykwalifikowani pracownicy pełnoetatowi pracujący na zmiany & / lub realizujący powtarzalne / podobne procesy – pełnoetatowi i kontraktowi |       |       |       |       |       |
| Pracownicy w niepełnym wymiarze godzin/ Proszę podać wymiar czasu pracy w skali jednego dnia |       |       |       |       |       |
| Niewykwalifikowani pracownicy tymczasowi (np. sezonowi) |       |       |       |       |       |
| Liczba miesięcy w roku w których zatrudnieni są pracownicy tymczasowi |       |       |       |       |       |
| Uwaga: Przy większej liczbie lokalizacji niezbędne informacje należy podać w załączniku do niniejszego wniosku |

8.3 Praca w trybie zmianowym - proszę podać szczegóły:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zmiany | Od godz. | Do godz. |
| Biura / Admin. |       |       |
| 1 |       |       |
| 2 |       |       |
| 3 |       |       |
| 4 |       |       |

8.4 Realizowanych procesy objęte certyfikacją – proszę podać szczegóły:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa procesu | Proces główny(**G**); pomocniczy (**P**) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |

8.5 W przypadku zmianowego trybu pracy, czy są i jakie procesy, które nie są prowadzone na zmianie pierwszej ?

**9. Informacje dotyczące zintegrowanego systemu zarządzania** (wypełnić jeśli dotyczy)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jeżeli jest to system zintegrowany, proszę odpowiedzieć na poniższe pytania.** | **Tak** | **Nie**  |
| - zintegrowane podejście do przeglądów zarządzania?  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| - zintegrowane podejście do audytów wewnętrznych?  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| - zintegrowane podejście do polityki i celów?  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| - zintegrowane podejście do procesów systemowych?  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| - zintegrowany zbiór dokumentacji?  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| - zintegrowane podejście do mechanizmów doskonalenia (działania korygujące i doskonalące)?  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| - zintegrowane podejście do planowania?  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| - zunifikowane wsparcie i odpowiedzialność kierownictwa?  | **[ ]**  | **[ ]**  |

**10. Informacje dotyczące systemów zarządzania**

|  |
| --- |
| **10.1 INFORMACJE DOTYCZĄCE SYSTEMU ISO 9001** (wypełnić jeśli dotyczy) |
| Czy są wymagania nie mające zastosowania (gdy uprawnione) – jeśli tak proszę podać szczegóły:       |
| Uzasadnienie:       |

|  |
| --- |
| **10.2 INFORMACJE DOTYCZĄCE SYSTEMU WSK** (wypełnić jeśli dotyczy) |
| Numer posiadanej koncesji MSW **(Dz. U. Nr 67, poz. 679 z późn.zm.**), jeżeli organizacja posiada:       |
| Zakres certyfikacji WSK *(np. wywóz, transfer wewnątrzunijny, usługa pośrednictwa, pomoc techniczna, przywóz, tranzyt towarów o znaczeniu strategicznym)*:       |

|  |
| --- |
| **10.3 INFORMACJE DOTYCZĄCE SYSTEMU ISO 14001 / EMAS** (wypełnić jeśli dotyczy) |
| Zobowiązania prawne (*np. zgody, licencje, pozwolenia, uzgodnienia itp*.):       |
| Odpady i emisje *(Prosimy podać główne odpady, ścieki i emisje do powietrza i gleby)*:       |
| Aspekty środowiskowe *(Należy podać główne aspekty środowiskowe, które zostały zidentyfikowane jako znaczące)* :       |
| Czy organizacja zalicza się do Zakładów stwarzających zagrożenie wystąpienia poważnej awarii przemysłowej? Jakiego typu?      |
| Czy organizacja przechodzi regularne kontrole Instytucji Środowiskowych, np. WIOŚ?**[ ]**  Nie **[ ]**  TakW przypadku odpowiedzi TAK prosimy o podanie czy wyniki są pozytywne:**[ ]**  Nie **[ ]**  Tak |

|  |
| --- |
| **10.4 INFORMACJE DOTYCZĄCE WERYFIKACJI EMAS** (wypełnić jeśli dotyczy) |
| Czy firma ma wdrożony i certyfikowany system ISO 14001 ? | **[ ]**  Nie **[ ]**  Tak |
| Jeśli tak, proszę podać nazwę Jednostki Certyfikującej:       |
| Czy jest to pierwsza weryfikacja ? | **[ ]**  Nie **[ ]**  Tak |

|  |
| --- |
| **10.5 INFORMACJE DOTYCZĄCE SYSTEMU BHP** (wypełnić jeśli dotyczy) |
| Główne zagrożenia związane z procesami:        |
| Czy przeprowadzono analizę ryzyka związanego z tymi zagrożeniami ? | **[ ]**  Nie **[ ]**  Tak |
| Najważniejsze materiały niebezpieczne wykorzystywane w procesach        |
| Podstawowe wymagania prawne mające zastosowanie       |
|  Dodatkowe informacje (np. inne systemy dot. systemu bhp np.SCC):       |
| Stan wypadkowości za ostatnie 2 lata:       |
| Czy organizacja przechodzi regularne kontrole instytucji zewnętrznych, np. PIP?**[ ]**  Nie **[ ]**  TakW przypadku odpowiedzi TAK prosimy o podanie czy wyniki są pozytywne:**[ ]**  Nie **[ ]**  Tak |

|  |
| --- |
| **10.6 INFORMACJE DOTYCZĄCE SYSTEMU ISO/IEC 27001** (wypełnić jeśli dotyczy) |
| Liczba osób pracujących pod kontrolą organizacji – objętych zakresem SZBI:       |
| Charakter kluczowych procesów przetwarzania informacji (standardowe/złożone/unikatowe):       |
| Liczba dostawców usług IT w tym usług chmur obliczeniowych:       |
| Zależność procesów od dostawców usług IT w tym usług chmur obliczeniowych (niewielka/średnia/duża):       |
| Rodzaje zastosowanych systemów bezpieczeństwa fizycznego i środowiskowego:       |
| Liczba użytkowników systemu informatycznego:       |
| Liczba serwerów:       |
| Liczba stacji roboczych + PC + laptopy:       |
| Liczba wdrożonych aplikacji (pozyskiwanie, rozwój i utrzymanie systemów informacyjnych):       |
| Sieci i techniki kryptograficzne (*np. zewnętrzne/ internetowe połączenia z szyfrowaniem/ podpisem cyfrowym*):       |
| Ryzyko związane z sektorem gospodarki (specyficzne dla sektora prawo i regulacje):       |
| Czy istnieją informacje związane z SZBI, które nie mogą być udostępnione zespołowi audytującemu do wglądu, ponieważ zawierają informacje poufne lub wrażliwe?**[ ]**  Nie **[ ]**  Tak |

|  |
| --- |
| **11. Informacje dotyczące gotowości do przeprowadzenia audytu zdalnego** |
| Czy zgadzają się Państwo na przeprowadzenie audytu zdalnego\* ? |       |
| Jakie procesy Państwa zdaniem nie mogą być skutecznie audytowane zdalnie ?  |       |
| Jakie technologie informatyczno-komunikacyjne (ICT) spełniające Państwa wymagania bezpieczeństwa informacji mogą być stosowane przez audytorów podczas audytu zdalnego\*\* ? |       |

\* Audyt zdalny oznacza audyt z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT) do gromadzenia, przechowywania, wyszukiwania, przetwarzania,
analizowania i przekazywania informacji w czasie rzeczywistym. Technologie (ICT) obejmują oprogramowanie i sprzęt, taki jak: smartfony, urządzenia przenośne,
laptopy, komputery stacjonarne, drony, kamery wideo, urządzenia do noszenia na ciele (wearable), sztuczna inteligencja i inne.

Przed przeprowadzeniem audytu zdalnego konieczne jest przeprowadzenie tzw. połączenia testowego.

\*\* Proszę wymienić zarówno technologie informatyczno-komunikacyjne oraz stosowane przez Państwa platformy komunikacyjne (np. Teams, Skype for Business).

|  |
| --- |
| Oczekiwana data certyfikacji:       |
| Język \ języki audytu i raportowania:       |
| Proszę podać rodzaj źródła, z jakiego dowiedzieliście się Państwo o Bureau Veritas:       |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu w celu otrzymywania informacji handlowych wysyłanych przez Bureau Veritas Polska sp. z o.o. za pośrednictwem:**[ ]**  poczty elektronicznej,**[ ]**  połączeń telefonicznych. Prosimy o zapoznanie się z polityką prywatności na stronie [www.bureauveritas.pl](http://www.bureauveritas.pl) |
| Imię i nazwisko:      | Podpis wnioskodawcy1:  | Data wypełnienia:       |

1 *bez podpisu, jeśli w formie elektronicznej.*

**ZAŁĄCZNIK**

*Dotyczy organizacji o wielu oddziałach / lokalizacjach*

|  |  |
| --- | --- |
| Czy jest ustanowiony jeden centralnie zarządzany System Zarządzania ? | **[ ]**  Tak **[ ]**  Nie |
| *Jeśli tak – proszę zaznaczy, w której lokalizacji mieści się funkcja centralna systemu.* |
| *Jeśli tak – proszę zaznaczyć, które lokalizacje są objęte jednym centralnym systemem.* |

*Uwaga: Funkcja centralna jest tam, gdzie nadzór operacyjny i władza najwyższego kierownictwa organizacji są sprawowane w odniesieniu do każdego oddziału i charakteryzuje się pojedynczym systemem zarządzania (firmą, systemem) procesów realizowanych przez funkcję centralną oraz wszelkich ewentualnych procesów scentralizowanych (np. zaopatrzenie …).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lok. | Nazwa lub adres | Funkcja centralna | Jeden system | Zakres certyfikacji / działalności / procesy |
| 1 | Siedziba Główna | **[ ]**  | **[ ]**  |       |
| 2 |       | **[ ]**  | **[ ]**  |       |
| 3 |       | **[ ]**  | **[ ]**  |       |
| 4 |       | **[ ]**  | **[ ]**  |       |
| 5 |       | **[ ]**  | **[ ]**  |       |
| 6 |       | **[ ]**  | **[ ]**  |       |
| 7 |       | **[ ]**  | **[ ]**  |       |
| 8 |       | **[ ]**  | **[ ]**  |       |
| 9 |       | **[ ]**  | **[ ]**  |       |
| 10 |       | **[ ]**  | **[ ]**  |       |