|  |
| --- |
| **1. Proszę o wskazanie wybranego systemu certyfikacji** |

|  |  |
| --- | --- |
| Oznakowanie CE |  |
| BM TRADA Q Mark |  |
| Inny (proszę określić) |  |

|  |
| --- |
| **Część A Szczegółowe informacje na temat Państwa organizacji** |

|  |  |
| --- | --- |
| A1. Nazwa Firmy |  |
|  | |
| A2. Adres |  |
|  | |
| A3. Adres fakturowania  (jeśli różni się od adresu podanego powyżej) |  |
|  | |
| A4. NIP |  |
|  | |
| A5. Numer telefonu |  |
|  | |
| A6. Faks |  |
|  | |
| A7. Strona internetowa |  |
|  | |
| A8. Osoba kontaktowa |  |
|  | |
| A9. Stanowisko |  |
|  | |
| A10. Adres e-mail |  |

|  |
| --- |
| **Część B Działalność Państwa organizacji** |

B1. Proszę o wskazanie Normy Europejskiej lub specyfikacji technicznej zgodnie z którą ma być przeprowadzona wymagana przez Państwa certyfikacja

|  |
| --- |
|  |

B2. Specyfikacja produktu / wymagany zakres certyfikacji (nazwa handlowa, projekt, stosowane materiały, wymiary, normy, końcowe przeznaczenie, itd.). Prosimy o podanie szczegółowych informacji na temat wyrobów które mają być certyfikowane.

|  |
| --- |
|  |

B3. Czy projektowanie wyrobów/usług jest jedną z działalności wykonywanych przez Państwa organizację?

**TAK**  **NIE**

|  |
| --- |
| **Część C: Pozostałe informacje** |

C1. Czy przenoszą Państwo do BM TRADA certyfikację systemu kontroli produkcji z innej jednostki certyfikacyjnej?

**TAK  NIE**

Jeśli tak, proszę o uzupełnienie poniższych informacji

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa obecnej jednostki certyfikacyjnej** |  |
|  | |
| **Data ważności certyfikatu** |  |

C2. Czy Państwa organizacja jest certyfikowana na zgodność z innymi normami?  
Jeśli tak, proszę o uzupełnienie poniższych informacji

|  |  |
| --- | --- |
| **Norma** |  |
|  |
| **Data ważności certyfikatu** |  |

C3. Skąd dowiedzieli się Państwo o BM TRADA?

|  |
| --- |
|  |

C4. Czy życzą sobie Państwo spotkać się z naszym przedstawicielem w celu przedyskutowania warunków certyfikacji?

**TAK  NIE**