BMTC Poland Sp. z o.o. zachowa w tajemnicy wszelkie informacje dotyczące Państwa organizacji i nie ujawni tych informacji żadnej trzeciej stronie z wyjątkiem centrali: Exova BM TRADA

|  |
| --- |
| 1. **Proszę zaznaczyć poniżej, który standard chce certyfikować Państwa firma/organizacja** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ISO 9001:2015** |  | **OHSAS 18001:2007** |  | **ISO 27001:2013** | |  |
|  | **ISO 14001:2015** |  | **ISO 22000:2005** |  | **ISO 50001:2011** | |  |
|  | **Inny:** | .......... | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **Czy przenoszą Państwo certyfikat do Exova BM TRADA z innej jednostki certyfikującej?** | | | | | | **TAK: NIE:** | |
| Jeśli TAK, proszę uzupełnić informacje w punkcie 9. Dodatkowe informacje dotyczące przeniesienia certyfikatu | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **Szczegóły dotyczące Państwa firmy/organizacji** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa firmy** |  | .......... | | | | |
|  | | | | | | |
| **Adres firmy** |  | .......... | | | | |
|  |  |  | | | | |
| **Numer telefonu** |  | .......... |  | **Numer Fax** |  | .......... |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Adres e-mail** |  | .......... |  | **Strona internetowa** |  | .......... |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Osoba do kontaktu** |  | .......... |  | **Stanowisko** |  | .......... |
|  | | | | | | |

1. **Proszę o wpisanie szczegółowo stron, które będą brały udział w procesie certyfikacji.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
|  |  |  | **Liczba zatrudnionych osób** | | |  |
| **Lokalizacja** | **Dokładny adres** | **Liczba zmian** | **Zarządzanie** | **Administracja** | **Produkcja/** **usługi** | **Łącznie** |
| **Biuro centralne** | .......... | .......... | .......... | .......... | .......... | .......... |
| **Dodatkowa lokalizacja** | .......... | .......... | .......... | .......... | .......... | .......... |

**Prosimy o skopiowanie wierszy powyższej tabeli przypadku potrzeby wpisania kolejnych lokalizacji.**

**Jeśli poszczególnych grup pracowniczych dotyczy inna liczba zmian – proszę wskazać liczbę zmian dla każdej grupy osobno.**

1. **Proszę o podanie informacji o liczbie zatrudnionych w poniższych obszarach** (jeśli dotyczy)**:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pracownicy sprzątający | .......... | Robotnicy (nie dotyczy operatorów maszyn, tylko pracowników wykonujących proste czynności) | .......... |
| Pracownicy ochrony | .......... | Pracownicy magazynu – wyroby niebezpieczne | .......... |
| Kierowcy przewożący towary niebezpieczne | .......... | Pracownicy magazynu – pozostałe wyroby | .......... |
| Kierowcy przewożący towary pozostałe | .......... | Pracownicy pracujących przy linii produkcyjnej (bez kierowników) | .......... |
| Personel sprzedażowy | .......... | Sanitariusze / noszowi w szpitalach | .......... |

|  |
| --- |
| 1. **Działalność Państwa firmy /organizacji** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Proszę wpisać sformułowanie zakresu certyfikacji jakie powinno znaleźć się na Państwa certyfikacie**  ***Uwaga:*** *zakres powinien być opisem podstawowej działalności np. „Produkcja elektrycznych obwodów do telewizorów”. Zakres certyfikacji zostanie doprecyzowany wraz z audytorem Exova BM TRADA podczas 2 etapu audytu.* | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| .......... | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Obszar działalności firmy/branża (kod EA)** | | | | | | | .......... | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Czy Państwa organizacja certyfikowała już inne systemy?**  Jeśli tak, proszę podać szczegóły poniżej | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | | |
| .......... | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Czy zlecają Państwo jakiekolwiek działania zewnętrznym dostawcom?**  Jeśli tak, proszę podać szczegóły poniżej | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | | |
| .......... | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Jak długo system zarządzania funkcjonuje w Państwa Organizacji?** | | | | | | | | | | | |
| .......... | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Czy Państwa Organizacja prowadzi działalność w lokalizacjach tymczasowych?**  Jeśli tak, proszę wskazać szczegóły (np. instalacje w lokalizacji Klienta / prace budowlane w lokalizacjach tymczasowych) | | | | | | | | | | | |
| .......... | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Proszę wskazać wszelkie zobowiązania prawne i/lub inne wymogi, które mają zastosowanie w Państwa Organizacji** | | | | | | | | | | | |
| .......... | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 1. **ISO 9001 Dodatkowe informacje** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Czy działalność Państwa firmy obejmuje także proces projektowania?** | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 1. **OHSAS 18001 Dodatkowe informacje** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Czy działalność Państwa Organizacji obejmuje działania, które mogą stanowić poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa i higieny pracy?**  **(praca na wysokości, praca z materiałami wybuchowymi)**  Jeśli tak, proszę podać szczegóły poniżej | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
| .......... | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Czy Państwa Organizacja zatrudnia podwykonawców do wykonywania jakichkolwiek czynności konserwacyjnych i/lub naprawczych zakładu produkcyjnego lub sprzętu?**  Jeśli tak, proszę podać poniżej szczegóły odnośnie liczby podwykonawców i zakresu prac wykonywanych przez podwykonawców | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
| .......... | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Czy Państwa Organizacja stosuje jakiekolwiek materiały niebezpieczne (biologiczne, chemiczne, radiologiczne i/lub fizyczne) w działaniach / procesach objętych certyfikacją?**  Jeśli tak, proszę podać szczegóły poniżej | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
| .......... | | | | | | | | |  | | |
| 1. **ISO 27001 Dodatkowe informacje** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Czy informacje, które przetwarza Państwa organizacja obejmują rządowe informacje niejawne lub informacje wyższej klauzuli niejawności? | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Czy informacje, przetwarzane przez Państwa organizację obejmują:  - Dane osobowe klientów/użytkowników końcowych/personelu/podwykonawców lub inne wrażliwe dane osobowe, np. dane dotyczące stanu zdrowia (np. informacje medyczne) lub dane finansowe (szczegóły konta bankowego, informacje na temat kredytów/debetów) i/lub  - Własność intelektualną (np. projekty, kody źródłowe oprogramowania) i/lub  - Informacje handlowe (np. strategie, budżety, ceny, marże, koszty) | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Czy informacje przetwarzane przez Państwa organizację obejmują jeden lub więcej zbiorów wrażliwych danych osobowych, które mogłyby zostać wykorzystane do kradzieży tożsamości/oszustwa (zapisy dotyczące ponad 1000 osób).  Proszę zauważyć, że to obejmuje nazwy użytkowników i hasła, co oznacza, że dotyczy to również portali internetowych oraz innych systemów wymagających od użytkownika uwierzytelnienia. | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Czy technologia stosowana przez Państwa organizację obejmuje różnorodną lub złożoną infrastrukturę: dużą liczbę serwerów (>100 fizycznych lub wirtualnych serwerów) | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Czy Państwa organizacja zezwala na korzystanie z prywatnych urządzeń (wspieranie polityki BYOD-Bring your own device)? | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Czy Państwa organizacja podlega specjalnemu nadzorowi? (Np. nadzór takich jednostek jak Urząd ds. Postępowania Finansowego, Ofcom (Urząd ds. Komunikacji), Ofsted (Urząd ds. Edukacji), Oftel (Urząd ds. Telekomunikacji), Urząd Nadzoru Prawników, Rada Adwokacka, GMC (Generalna Izba Lekarska) lub innych) | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Czy Państwa organizacja podlega określonym regulacjom dedykowanym dla poszczególnych branż? Na przykład: Cheque Printers Accreditation Scheme C &CCC Standard 55 (system akredytacji dla drukarni czeków), UK Health Service's Information Governance Statement of Compliance (Deklaracja zgodności dla zarządzania informacjami w sektorze ochrony zdrowia), ADISA (standardy dotyczące bezpieczeństwa informacji opracowywane przez organizację Asset Disposal and Information Security Alliance), norma bezpieczeństwa wydana przez Payment Card Industry Security Standards Council | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Czy Państwa organizacja tworzy oprogramowanie, osobiście lub przez podwykonawcę? | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Czy usługi świadczone przez Państwa organizację są istotną częścią infrastruktury krajowej (np. służby ratownicze, komunikacyjne, usługi finansowe, ochrona zdrowia, usługi transportowe, usługi komunalne) lub stanowią niezbędną część krajowego łańcucha dostaw, infrastruktury (np. świadczenie usług hostingowych dla krajowej infrastruktury)? | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Czy usługi świadczone przez Państwa organizację mogą być potencjalnym celem ataków terrorystycznych? | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Czy brak dostępu do Państwa usług lub wyrobów może mieć szkodliwy wpływ na zdrowie, dobrobyt lub bezpieczeństwo ludzi? | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Czy Państwa organizacja udostępnia dane wrażliwe osobom trzecim, np.:  - dane osobie klientów/użytkowników końcowych/personelu i innych osób, np. poprzez zlecanie na zewnątrz zarządzania płacami lub usług weryfikacyjnych (rejestry karne, kontrole kredytowe) i/lub  - własność intelektualną (projekty, kody źródłowe lub inne wrażliwe informacje zastrzeżone) | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Czy nieprawidłowość lub niekompletność informacji powstałych przy procesie produkcji/świadczenia usług w Państwa organizacji może spowodować zagrożenie dla zdrowia/dobrobytu/bezpieczeństwa jednostki, ryzyko pomyłek sądowych lub ryzyko nadużyć? | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Czy kradzież informacji (przez pracowników/podwykonawców lub kogoś innego) przetwarzanych przez Państwa organizację mogłaby doprowadzić do nadużyć lub celowego zakłócenia działań, np.:  - kradzież danych osobowych przez personel pracujący przy usługach finansowych/ubezpieczeniach, w call centre, klinikach (np. kradzież list klientów), aptekach  - hacking oprogramowania/strony internetowej/systemów IT | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 1. **ISO 50001:2011 Dodatkowe informacje** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Czy Państwa firma jest zobowiązana do przestrzegania jakichkolwiek wymagań prawnych dotyczących zarządzania energią? Np. Podatek klimatyczny, Europejski system handlu emisjami.** | | | | | | | | | | **TAK: NIE:** | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Proszę wymienić wymagania prawne dotyczące zarządzania energią:** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| .......... | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Proszę o uzupełnienie poniższej tabeli dla każdego oddziału firmy, który ma zostać objęty certyfikacją, podając informacje dotyczące aspektów energetycznych działalności firmy.**  **Należy wziąć pod uwagę wszystkie źródła energii (gaz, energię elektryczną, LPG, paliwo i ropę, parę, wodę oraz źródła energii słonecznej, wiatrowej a także energii z powietrza i gruntu).**  **W przypadku, gdy zużycie energii występuje poza oddziałem (na przykład w transporcie), proszę o uwzględnienie tego przy oddziale, który nadzoruje zużycie energii.** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Oddział (lokalizacja)** | **Liczba budynków znajdujących się w danej lokalizacji** | **Działania wykonywane w danym oddziale** | | | | **Zużycie energii** | | | | | **Źródła energii** |
| .......... | .......... | .......... | | | |  | | | | | .......... |
| .......... | .......... | .......... | | | |  | | | | | .......... |
| .......... | .......... | .......... | | | |  | | | | | .......... |
|  | | | | | | | | | | | |
| 1. **ISO 22000:2005 Dodatkowe informacje** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Proszę podać imię i nazwisko przewodniczącego Zespołu ds. Bezpieczeństwa Żywności** | | |  | .......... | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Proszę wymienić poniżej wszystkie produkty spożywcze które mają zostać objęte certyfikacją:** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| .......... | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Czy Państwa organizacja posiada certyfikaty innych systemów bezpieczeństwa żywności, np. BRC. Jeśli tak, proszę podać jakie.** | | |  | .......... | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | |
| **Czy Państwa organizacja posiada udokumentowaną politykę bezpieczeństwa żywności?** | | |  | **TAK: NIE:** | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | |
| **Czy Państwa organizacja posiada opracowane i wdrożone programy wstępne (PRP)? Jeśli tak, proszę podać ile.** | | |  | .......... | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | |
| **Czy w Państwa organizacji przeprowadzane są wewnętrzne badania laboratoryjne?** | | |  | **TAK: NIE:** | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | |
| **Czy zakres Państwa działalności obejmuje również transport i dostawę wyrobów do klientów?** | | |  | **TAK: NIE:** | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | |
| **Czy Państwa organizacja stosuje jakiekolwiek oświadczenia na wyrobach? Np. żywność organiczna, fairtrade, itp. Jeśli tak, proszę podać jakie.** | | |  | .......... | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | |
| **Proszę podać liczbę planów HACCP w Państwa organizacji** | | |  | .......... | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | |
| **Proszę wskazać liczbę Krytycznych Punktów Kontroli (CCP)** | | |  | .......... | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | |
| **Proszę wskazać liczbę linii produkcyjnych w Państwa organizacji.** | | |  | .......... | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | |
| **Proszę wymienić wszelką działalność sezonową**  *(jeśli dotyczy)* | | |  | .......... | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Proszę wymienić wszelkie prawne/regulacyjne pozwolenia wymagane dla Państwa wyrobów/klientów** | | |  | .......... | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 1. **Dodatkowe informacje dotyczące przeniesienia certyfikatu** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Nazwa obecnej jednostki certyfikującej | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Data ostatniego audytu nadzorującego *(jeśli dotyczy)* | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Data ostatniego audytu certyfikującego/re-certyfikującego *(jeśli dotyczy)* | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Data ostatniego audytu nadzorującego *(jeśli dotyczy)* | | | | |  | | | | | | |

**Ważne informacje dotyczące przeniesienia certyfikatu**

1. Exova BM TRADA nie może przenieść certyfikatu który jest zawieszony.

2. Wszystkie otwarte główne (major) niezgodności muszą zostać zamknięte przed przeniesieniem certyfikatu.

3. Exova BM TRADA dokona przeniesienia certyfikatu w ciągu 3 miesięcy od ustalonej daty przeniesienia. W ramach tego audytu zostaną zweryfikowane wszelkie otwarte drugorzędne (minor) niezgodności wystawione przez obecną jednostkę certyfikująca.

4. Należy poinformować swoją jednostkę certyfikującą o przeniesieniu certyfikatu do BM TRADA.

**W celu otrzymania oferty, prosimy o przekazanie następującej dokumentacji wraz z uzupełnionym wnioskiem o wycenę certyfikacji:**

**1.** Kopię ostatniego raportu z audytu certyfikującego / recertyfikującego oraz kopie wszystkich raportów z audytów nadzorujących (włącznie z informacjami o niezgodnościach).

**2.** Kopię ostatniego certyfikatu.

**Bez powyższej dokumentacji nie będziemy mogli przetworzyć Państwa wniosku.**