**WNIOSEK O WYCENĘ KOSZTÓW CERTYFIKACJI W PCBC S.A.**

*Po wypełnieniu Wniosku przez KLIENTA - informacje zastrzeżone*

|  |  |
| --- | --- |
| **POLSKIE CENTRUM BADAŃ I CERTYFIKACJI S.A.** ul. Puławska 469; 02-844 Warszawa tel. +48 22 464 52 00 / e-mail: pcbc@pcbc.gov.pl | **BIURO CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA**e-mail: sprzedaz@pcbc.gov.pl |

**CERTYFIKACJA SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA**

1. **ORGANIZACJA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Organizacji zgodnie z KRS lub innym dokumentem rejestrowym |       |
| NIP oraz KRS (jeśli dotyczy) |       |
| adres rejestrowy  *(ulica / nr oraz kod / miasto)* |       |
| adres do korespondencji\* *(ulica / nr oraz kod / miasto)**\* Podać jeśli inny niż rejestrowy*  |       |
| adresy **wszystkich lokalizacji** (łącznie z siedzibą główną/ rejestrową/ centralą, jeśli dotyczy) objętych systemem(-ami) zarządzania  |                     Organizacja posiadająca 2 lub więcej lokalizacji - wymagany załącznik nr 4 |
| **adresy lokalizacji tymczasowych** (tj. miejsc, w których czasowo prowadzą Państwo działalność objętą zakresem certyfikacji np. czasowe miejsca budowy, medyczne punkty mobile)  |                     Dane na dzień wypełnienia wniosku |
| identyfikacja, rodzaj/typ, liczba, położenie (miejscowość) **innych lokalizacji** (tj. miejsc, w których realizowane są działania operacyjne wynikające z zakresu certyfikacji np. punkty bezobsługowe, ważne elementy infrastruktury terenowej, itp.)  |                      |

1. **PRZEDSTAWICIELE ORGANIZACJI**

|  |  |
| --- | --- |
| Reprezentant [Prezes / Właściciel] *(imię / nazwisko / telefon / e-mail)* |       |
| Pełnomocnik ds. systemu(-ów) *(imię / nazwisko / telefon / e-mail)* |       |
| Osoba upoważniona do kontaktów  *(imię / nazwisko / telefon / e-mail)* |       |

1. **CEL SKŁADANIA WNIOSKU** *(zaznaczyć właściwe) /* **PROPONOWANY TERMIN PRZEPROWADZENIA AUDITU**

***UWAGA: Przystępując do procesu certyfikacji, Organizacja powinna mieć zrealizowane audity wewnętrzne oraz przeprowadzony Przegląd Zarządzania i w przypadku ISO/IEC 27001 Niezależny przegląd bezpieczeństwa.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  początkowa certyfikacja *(miesiąc – rok ):*       | [ ]  nadzór*(miesiąc – rok ):*       | [ ]  ponowna certyfikacja*(miesiąc – rok ):*       | [ ]  przeniesienie akredytowanej certyfikacji \**(miesiąc – rok ):*      *\* Proszę załączyć aktualne certyfikaty oraz formularz FBC-46* |

1. **WNIOSKOWANY(-e) SYSTEM(-y) / WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI** *(zaznaczyć i dołączyć właściwe)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Wnioskowany(-e) system(-y)** | **Wymagane załączniki** |
| [ ]  | PN-EN ISO 9001:2015-10 | - |
| [ ]  | PN-EN ISO 13485:2016-04 | załącznik nr 1 |
| [ ]  | PN-EN ISO 22000:2018-08 | załącznik nr 2 |
| [ ]  | PN-EN ISO/IEC 27001:2017-06  | załącznik nr 3 |
| [ ]  | ISO/IEC 27001:2022-10 | załącznik nr 3 |
| [ ]  | PN-EN ISO 22301:2020-04 | załącznik nr 3 |
| [ ]  | PN-EN ISO 50001:2018-09 | załącznik nr 5 |
| [ ]  | PN-ISO 45001:2018-06 | załącznik nr 6 |
| [ ]  | DPD | załącznik nr 7 |
| [ ]  | PN-EN ISO 14001:2015-09 | załącznik nr 8 |
| [ ]  | PN-ISO 37001:2017-05 | - |
| [ ]  | AQAP wersja:       | - |
| [ ]  | PN-EN 14065:2016-07 | - |
| [ ]  | WSK | - |
| [ ]  | inne:       |       |

1. **CZY W SYSTEMIE ZARZĄDZANIA SĄ WYMAGANIA NIEMAJĄCE ZASTOSOWANIA (tzw. WYŁĄCZENIA z SYSTEMU)** *(zaznaczyć właściwe)*

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  TAK *(podać punkty normy z uzasadnieniem)*      |  [ ]  NIE |

1. **STRUKTURA ZATRUDNIENIA** *(podać* ***dane liczbowe*** *na dzień wypełnienia wniosku)*
	1. **Personel pracujący w obszarze objętym systemem zarządzania zgłaszanym do certyfikacji:**

|  |
| --- |
| pracownicy etatowi w przeliczeniu na pełen etat:       |

|  |  |
| --- | --- |
| zatrudnieni na umowy zlecenie/ o dzieło/ kontrakt itp. nie ujęci powyżej:       | zatrudnieni jako personel tymczasowy / średni czas w roku (*w miesiącach*) nie ujęci powyżej:        |

|  |  |
| --- | --- |
| osoby realizujące podobne procesy/czynności *(w ramach wszystkich form zatrudnienia*):        | osoby zaangażowane w system WSK (*w ramach wszystkich form zatrudnienia)*:       |

**6.2. Zmianowy system pracy / powtarzalność procesów realizowanych na poszczególnych zmianach**

|  |
| --- |
| Deklarujemy, że: |
| Praca odbywa się w systemie:  | [ ]  1- ZMIANOWYMgodziny pracy:I zmiana *(od … do …)*       | [ ]  2- ZMIANOWYMgodziny pracy:I zmiana *(od … do …)*      II zmiana *(od … do …)*       | [ ]  3-ZMIANOWYMgodziny pracy:I zmiana *(od … do …)*      II zmiana *(od … do …)*      II zmiana *(od … do …)*       |
| Inne:       |
| Procesy na zmianach są powtarzalnei jest taki sam poziom nadzoru na zmianach | [ ]  TAK | [ ]  NIE | Jeśli NIE, proszę wymienić istotne różnice:      |

1. **ZINTEGROWANIE SYSTEMÓW** *(zaznaczyć właściwe, w przypadku wyboru* ***min. 2 systemów*** *w* ***p. 4*** *wniosku)*

|  |
| --- |
| Zintegrowanie systemów zarzadzania dotyczy (zaznaczyć min.1 pozycję, lub wybrać NIE, jeśli nie dotyczy, tj. nie zachodzi integracja systemów):**[ ]** zbiór zintegrowanej dokumentacji, **[ ]** przeglądy zarządzania, **[ ]** audity wewnętrzne,  **[ ]** polityka i cele, **[ ]** mechanizmy doskonalenia (działania korygujące i zapobiegawcze, pomiary i tzw. ciągłe doskonalenie), **[ ]** inne, np. wsparcie i odpowiedzialności kierownictwa. [ ]  **NIE** (nie zachodzi integracja systemów)  |

**8. PROCESY PODZLECANE**

|  |
| --- |
| Organizacja podzleca procesy na zewnątrz [ ]  **NIE** [ ]  **TAK** |
| **UWAGA:** jeśli występują w Państwa Organizacji procesy podzlecane na zewnątrz (outsourcing), które mogą oddziaływać na zgodność z wymaganiami systemu(-ów) (np. określone procesy produkcyjne, pakowanie, magazynowanie surowca/wyrobu gotowego), proszę je **wymienić**        |
| Proszę **podać liczbę personelu** wykonującego podzlecane prace na zewnątrz:      |

**9. OCZEKIWANY ZAKRES CERTYFIKACJI / PONOWNEJ CERTYFIKACJI / KLASYFIKACJA DZIAŁALNOŚCI**

|  |
| --- |
| ZAKRES CERTYFIKACJI (dot. całej działalności Organizacji zgłaszanej do procesu certyfikacji). Obejmujący procesy główne tj. działania (np. projektowanie, produkcję wyrobów lub świadczenie usług na rzecz klientów zewnętrznych). W zakresie certyfikacji nie należy podawać procesów wspomagających, wsparcia czy zarządczych.      ***UWAGA:*** *Zakres powinien być zgodny z dokumentem opisującym zakres systemu zarządzania Organizacji oraz być sformułowany w sposób jednoznaczny i* *niewprowadzający w błąd.* *Np. Projektowanie, produkcja, sprzedaż i serwis samochodów osobowych. Prowadzenie działalności edukacyjnej i szkoleniowej w formie kursowej.****UWAGA:*** *Jeśli zakres jest inny w poszczególnych systemach, proszę podać zakres dla każdej z norm.*KOD(-Y) PKD **zgodne z w/w zakresem**:       ***UWAGA:*** *klasyfikacja PKD zgodnie z* [*http://www.klasyfikacje.gofin.pl/pkd/4,0.html*](http://www.klasyfikacje.gofin.pl/pkd/4%2C0.html) |

 **10. CZYNNIKI DOTYCZĄCE PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI** *(oznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie)*

|  |
| --- |
| [ ]  wielojęzyczność auditowanej organizacji/wielojęzyczność dokumentacji (potrzeba włączenia do zespołu auditującego tłumacza)[ ]  znaczna ilość przepisów regulujących charakter działalności Organizacji (np. żywność, transport lotniczy, energetyka jądrowa, leki, itp.)[ ]  niewiele rodzajów wyrobów / usług produkowanych / świadczonych przez organizację[ ]  działalność obejmuje technologicznie wysoko złożone procesy lub dużą liczbę procesów pojedynczych[ ]  powierzchnia zakładu/organizacji jest bardzo duża w stosunku do liczby personelu (np. las)[ ]  powierzchnia zakładu w porównaniu z liczbą zatrudnionych jest bardzo mała (np. tylko jeden obiekt, biuro).[ ]  w składzie personelu znajdują się osoby pracujące „poza lokalizacją”( np. handlowcy, kierowcy, personel wykonujący usługi, itd.)[ ]  wysoki stopień automatyzacji działań w organizacji [ ]  organizacja posiada nadzorowane (podległe) inne organizacje (dotyczy ISO 37001) |

 **11. WDROŻENIE / UTRZYMANIE I DOSKONALENIE SYSTEMU (-ów)** *(informacje wymagane w celu zapewnienia bezstronności prowadzonego procesu certyfikacji)*

|  |
| --- |
| **[ ]** własnymi siłami [ ]  firma konsultingowa *(podać nazwę firmy konsultingowej oraz imię i nazwisko konsultanta)*     Data (mm.rrrr) zakończenia korzystania z usług firmy konsultingowej       ***UWAGA:*** W przypadku braku określenia daty jednostka certyfikująca przyjmuje, że Organizacja nadal  korzysta z usług firmy konsultingowej. |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Centrum Badań i Certyfikacji S.A.
z siedzibą w Warszawie (02-844) przy ul. Puławskiej 469 (dalej PCBC S.A.).**

Realizując obowiązek wynikający z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanego dalej *RODO* – informuje się, że:

***Administrator będzie przetwarzać dane w następujących celach:***

* jeżeli jest Pani/Pan wnioskodawcą, to Pani/Pana dane osobowe wskazane w części wstępnej wniosku kierowanego do PCBC będą traktowane jako dane niezbędne do przygotowania oferty zawarcia umowy  na dokonanie certyfikacji lub przedłużenia ważności certyfikatu i ich podanie jest obowiązkowe w celu określenia i weryfikacji Pani/Pana tożsamości, a tym samym udokumentowania na piśmie zawieranej umowy  (podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. B) RODO),
* jeżeli jest Pani/Pana osobą reprezentującą wnioskodawcę wskazanego w części wstępnej wniosku, Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu określenia i weryfikacji uprawnienia do reprezentacji tego podmiotu (podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. F) RODO),
* jeżeli jest Pani/Pana osobą wyznaczoną przez wnioskodawcę wskazanego w części wstępnej wniosku do kontaktów w związku ze złożonym wnioskiem, Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu prawidłowego rozpoznania tego wniosku i zapewnienia bieżącego kontaktu w trakcie jego rozpatrywania (podstawa prawna przetwarzania – art. 6 ust. 1 lit. F RODO),
* ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń z tytułu prowadzonej przez PCBC działalności gospodarczej (podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. F) RODO).

PCBC S.A. będzie przekazywać Pani/Pana dane osobowe innym odbiorcom, którym powierzono przetwarzanie danych osobowych w imieniu i na rzecz PCBC S.A. Ponadto PCBC S.A. będzie udostępniać Pani/Pana dane osobowe innym odbiorcom, o ile taki obowiązek wynikać będzie z przepisów prawa. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państw trzecich i organizacji międzynarodowych.

***Jak długo będziemy przetwarzać* Pani/Pana *dane?***

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przetwarzane przez czas rozpoznania wniosku oraz dla celów archiwizacyjnych określonych przepisami szczególnymi takimi jak ustawa o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

***Jakie* Pani/Pan ma *prawa?***

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

* dostępu do swoich danych osobowych i otrzymania kopii danych osobowych podlegających przetwarzaniu;
* sprostowania swoich nieprawidłowych danych;
* żądania usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym) w przypadku wystąpienia okoliczności przewidzianych w art. 17 RODO;
* żądania ograniczenia przetwarzania danych w przypadkach wskazanych w art. 18 RODO;
* wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadkach  wskazanych w art. 21 RODO;
* przenoszenia swoich danych, zgodnie z art. 20 RODO.

Jeżeli uważa Pani/Pan, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z prawem, może Pani/Pan wnieść skargę do organu nadzorczego (UODO, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

***Kontakt***

Jeśli potrzebuje Pani/Pan dodatkowych informacji związanych z ochroną danych osobowych lub skorzystać z przysługujących Pani/Panu praw, proszę skontaktować się z: Inspektor Ochrony Danych: iod@pcbc.gov.pl  Polskie Centrum Badań i Certyfikacji S.A. z siedzibą w Warszawie (02-844) przy ul. Puławskiej 469.

*Obowiązek informacyjny z dnia 26.01.2023*

*Oświadczam, że podane we Wniosku oraz wymaganych Załącznikach informacje są poprawne i zgodne z prawdą oraz że jestem świadom odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia.*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **12. WNIOSEK SKŁADA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwiskownioskodawcy |       |      Pieczęć firmowa / Pełna nazwa firmy |
| Data i podpis wnioskodawcy |       |

***PCBC S.A. gwarantuje zachowanie poufności danych zawartych w niniejszym wniosku zgodnie z wymaganiami akredytacyjnymi
dla jednostek certyfikujących wg PN-EN ISO/IEC 17021-1***

 **13. REJESTRACJA WNIOSKU – WYPEŁNIA PCBC S.A.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Osoba weryfikująca wniosek w PCBC S.A.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PCBC | BCO |  |  |  |

 nr m-c rok       **data / podpis** |