|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 4 DO WNIOSKU 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 |

 |

**Dotyczy ORGANIZACJI WIELOODDZIAŁOWEJ**

1. **ORGANIZACJA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Organizacji zgodnie z KRS lub innym dokumentem rejestrowym |       |

1. **CHARAKTERYSTYKA ORGANIZACJI WIELOODDZIAŁOWEJ**

|  |
| --- |
| 1. Organizacja posiada Centralę, gdzie planuje się, nadzoruje i zarządza procesami/ działaniami realizowanymi w oddziałach: TAK [ ]  NIE [ ]
2. Czy wszystkie oddziały są prawnie lub kontraktowo powiązane z Centralą i objęte są pojedynczym (lub zintegrowanym) systemem zarządzania, ustanowionym, wprowadzonym i poddawanym stałemu nadzorowi oraz auditom wewnętrznym przez funkcję centralną ? TAK [ ]  NIE [ ]
3. Czy centrala ma uprawnienia do wymagania od oddziałów wdrożenia działań korygujących / korekcyjnych / zapobiegawczych, gdy jest to niezbędne w którymkolwiek z oddziałów TAK [ ]  NIE [ ]
4. Całkowita liczba lokalizacji objętych pojedynczym (lub zintegrowanym) systemem zarządzania (razem z Centralą):
 |

1. **LOKALIZACJE oraz OCZEKIWANY ZAKRES CERTYFIKACJI / PONOWNEJ CERTYFIKACJI**

*( podać* ***WSZYSTKIE LOKALIZACJE*** *z pełną nazwą danego Oddziału / Zakładu / Filii itp. lokalizacji,**objętej procesem – podać zakres certyfikacji / ponownej certyfikacji dla każdej z tych lokalizacji; jeśli jest identyczny dla wszystkich – podać tylko 1 raz, a w pozostałych wierszach wpisać* ***j/w****).*

**LOKALIZACJA nr: 1 – CENTRALA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oraz adres *(ulica / nr oraz kod / miasto)* |       |
| *ZAKRES CERTYFIKACJI w powiązaniu z rodzajem działań, wyrobami i/lub usługami, jednoznaczny i nie wprowadzający w błąd:**Np. Projektowanie, produkcja, sprzedaż i serwis samochodów osobowych; Prowadzenie działalności edukacyjnej i szkoleniowej w formie kursowej.* ZAKRES:     ***UWAGA:*** *Jeśli zakres jest inny w poszczególnych systemach, proszę podać zakres dla każdej z norm.****UWAGA:*** *poniższe zapisy będą podlegały corocznej weryfikacji podczas auditów nadzoru, celem ewentualnej ich aktualizacji na certyfikatach.* |

**STRUKTURA ZATRUDNIENIA** *(podać* ***dane liczbowe*** *na dzień wypełnienia)*

**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)*:       |

**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 powtarzalne i jest taki sam poziom nadzoru na zmianach: | [ ]  TAK | [ ]  NIE | Jeśli NIE, proszę wymienić istotne różnice:      |

**LOKALIZACJA nr:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oraz adres  *(ulica / nr oraz kod / miasto)* |       |
| *ZAKRES CERTYFIKACJI w powiązaniu z rodzajem działań, wyrobami i/lub usługami, jednoznaczny i nie wprowadzający w błąd:**Np. Projektowanie, produkcja, sprzedaż i serwis samochodów osobowych; Prowadzenie działalności edukacyjnej i szkoleniowej w formie kursowej.* ZAKRES:     ***UWAGA:*** *Jeśli zakres jest inny w poszczególnych systemach, proszę podać zakres dla każdej z norm.****UWAGA:*** *poniższe zapisy będą podlegały corocznej weryfikacji podczas auditów nadzoru, celem ewentualnej ich aktualizacji na certyfikatach.* |

**STRUKTURA ZATRUDNIENIA** *(podać* ***dane liczbowe*** *na dzień wypełnienia)*

**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)*:       |

**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 powtarzalne i jest taki sam poziom nadzoru na zmianach: | [ ]  TAK | [ ]  NIE | Jeśli NIE, proszę wymienić istotne różnice:      |

**LOKALIZACJA nr:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oraz adres  *(ulica / nr oraz kod / miasto)* |       |
| *ZAKRES CERTYFIKACJI w powiązaniu z rodzajem działań, wyrobami i/lub usługami, jednoznaczny i nie wprowadzający w błąd:**Np. Projektowanie, produkcja, sprzedaż i serwis samochodów osobowych; Prowadzenie działalności edukacyjnej i szkoleniowej w formie kursowej.* ZAKRES:     ***UWAGA:*** *Jeśli zakres jest inny w poszczególnych systemach, proszę podać zakres dla każdej z norm.****UWAGA:*** *poniższe zapisy będą podlegały corocznej weryfikacji podczas auditów nadzoru, celem ewentualnej ich aktualizacji na certyfikatach.* |

**STRUKTURA ZATRUDNIENIA** *(podać* ***dane liczbowe*** *na dzień wypełnienia)*

**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)*:       |

**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 powtarzalne i jest taki sam poziom nadzoru na zmianach: | [ ]  TAK | [ ]  NIE | Jeśli NIE, proszę wymienić istotne różnice:      |

**LOKALIZACJA nr:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oraz adres  *(ulica / nr oraz kod / miasto)* |       |
| *ZAKRES CERTYFIKACJI w powiązaniu z rodzajem działań, wyrobami i/lub usługami, jednoznaczny i nie wprowadzający w błąd:**Np. Projektowanie, produkcja, sprzedaż i serwis samochodów osobowych; Prowadzenie działalności edukacyjnej i szkoleniowej w formie kursowej.* ZAKRES:     ***UWAGA:*** *Jeśli zakres jest inny w poszczególnych systemach, proszę podać zakres dla każdej z norm.****UWAGA:*** *poniższe zapisy będą podlegały corocznej weryfikacji podczas auditów nadzoru, celem ewentualnej ich aktualizacji na certyfikatach.* |

**STRUKTURA ZATRUDNIENIA** *(podać* ***dane liczbowe*** *na dzień wypełnienia)*

**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)*:       |

**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 powtarzalne i jest taki sam poziom nadzoru na zmianach: | [ ]  TAK | [ ]  NIE | Jeśli NIE, proszę wymienić istotne różnice:      |

***W miarę potrzeb dołączyć kolejne strony - powtarzając stronę 2 i numerując kolejno oddziały***

 **4. PRZEGLĄD WNIOSKU – WYPEŁNIA PCBC S.A.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

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

 nr m-c rok  |