

Ośrodek Certyfikacji Wyrobów i Systemów Zarządzania
CIOP-PIB

FORMULARZ DO PRZYGOTOWANIA OFERTY
PRZEPROWADZENIE CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA
PRZEZ CIOP-PIB

Nazwa Firmy			
Ulica		Nr	
Kod		Miejscowość	
Telefon		Fax	
Strona internetowa			

Osoba odpowiedzialna za kontakt z CIOP-PIB

Imię i Nazwisko			
Stanowisko			
Telefon		E-mail	

Podstawowe dane o Firmie:

Rodzaj działalności			
EKD		Stan zatrudnienia	
E-mail		Ilość lokalizacji	
Jeśli ilość lokalizacji > 1, to podać dane dot. oddziałów Firmy, adres informację o stanie zatrudnienia		Stan zatrudnienia	
Ulica		Nr	
Kod		Miejscowość	
Telefon		Fax	

*Zakres certyfikacji systemów zarządzania *:*

BHP wg PN-N-18001:2004	<input type="checkbox"/>
QMS wg PN-EN ISO 9001:2009	<input type="checkbox"/>
EMS wg PN-EN ISO 14001:2005	<input type="checkbox"/>
FSMS wg PN-EN ISO 22000:2006	<input type="checkbox"/>
zintegrowany system zarządzania	<input type="checkbox"/>

*Certyfikacja SZ dotyczy *:*

wybranych komórek organizacyjnych Firmy	<input type="checkbox"/>	Wymienić komórki organizacyjne:
całej Firmy	<input type="checkbox"/>	

Czy korzystali Państwo z konsultacji przy wdrażaniu systemu zarządzania?

Tak Nie

Przewidywany termin gotowości do rozpoczęcia procesu certyfikacji SZ:

Miesiąc	
Rok	

* zaznaczyć odpowiednie pole