**ZAPYTANIE OFERTOWE**

Zapytanie ofertowe służy poznaniu działalności Państwa firmy. Udostępniane przez Państwa dane i informacje mają wpływ na ustalenie  
i uzasadnienie czasu audytu. Rozmiar audytu zostanie Państwu przekazany w ramach oferty stanowiącej integralna część umowy. Staramy  
się poznać jak najlepiej Państwa działalność, aby przygotowana oferta spełniła Państwa oczekiwania i była zgodna z obowiązującymi wytycznymi dla Jednostek Certyfikujących. Sporządzenie oferty na podstawie niniejszego zapytania jest bezpłatne i nie zobowiązuje Państwa do skorzystania  
z naszych usług. Prosimy o przesłanie wypełnionego zapytania ofertowego na adres oferta@tuv-nord.pl.

**OGÓLNE DANE FIRMY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zarejestrowana nazwa firmy:**  *Proszę kliknąć w niebieski tekst, aby wpisać:* | **Osoba kontaktowa:** *imię nazwisko*  Telefon:*numer:*  e-mail:*adres e-mail:* |
| **Ulica, kod, miasto:** *uzupełnij pole:*  **Województwo***:* *uzupełnij pole:* | **Pełnomocnik:** *imię nazwisko*  Telefon:*numer:*  e-mail:*adres e-mail:* |
| **NIP:** *uzupełnij pole:* | **www:** *strona www:* |

**PODSTAWA CERTYFIKACJI**

|  |
| --- |
| **PN-EN ISO 22716 (GMP w Kosmetykach)** |
| **ISO 9001** |
| **Inne** *uzupełnij pole:* |

**OFERTA**

Oferta powinna obejmować:

Audit certyfikacyjny, wg normy: *uzupełnij pole:*

Audit recertyfikacyjny, wg normy: *uzupełnij pole:*

Audit nadzoru, wg normy: *uzupełnij pole:*

Proponowany orientacyjny termin auditu:  **Tak**, data: *uzupełnij pole:* **Nie**

**ZAKRES CERTYFIKATU**

Wnioskowany zakres certyfikacji (w przypadku recertyfikacji można wpisać poprzedni zakres, podany zakres po weryfikacji podczas auditu znajdzie się na certyfikacie):

Produkcja

Kontrola

Magazynowanie

Wysyłka produktów kosmetycznych

*wpisz wnioskowany zakres certyfikatu:*

Klasyfikacja PKD: *uzupełnij pole:*

**AUDITOWANY ZAKŁAD**

Jeśli organizacja posiada więcej lokalizacji, prosimy o przesłanie informacji oddzielnie dla każdego z zakładów produkcyjnych

Czy występuje konieczność tłumaczenia na inny język podczas auditu? *uzupełnij pole:*

|  |  |
| --- | --- |
| Miejsce lub nazwa zakładu: *uzupełnij pole:* | |
| Adres (ulica, kod, miasto):*uzupełnij pole:* | **Całkowita liczba pracowników** (w przeliczeniu na pełne etaty, łącznie z pracownikami sezonowymi) w obszarze objętym certyfikacją: *uzupełnij pole:* |
| Wielkość zakładu produkcyjnego łącznie z magazynami (powierzchnia w m2): *uzupełnij pole:* | Liczba pracowników na:  I zmianie: *uzupełnij pole:*II zmianie: *uzupełnij pole:*III zmianie: *uzupełnij pole:* |
| Rodzaj prowadzonej działalności:  *uzupełnij pole:* | Liczba pracowników pracujących w obszarze produkcji: *uzupełnij pole:*  Liczba pracowników biurowych:*uzupełnij pole:* |

**PRODUKOWANE WYROBY**

*Prosimy wymienić kategorie produktów będących kosmetykami według Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia NR 1168,   
z dnia 16 czerwca 2003 r.*

|  |  |
| --- | --- |
| Kremy, emulsje, płyny, żele i oliwki oraz balsamy do skory;  Maseczki do twarzy, z wyjatkiem maseczek służących do peelingu chemicznego;  Podkłady barwiące;  Pudry do makijażu, pudry po kąpieli, pudry higieniczne;  Mydła toaletowe, mydła dezodoryzujace;  Perfumy, wody toaletowe i kolońskie;  Środki do kapieli i pod prysznic;  Środki do depilacji;  Dezodoranty i środki przeciw poceniu;  Środki do pielęgnacji włosów, w tym:  a) środki do barwienia i rozjaśniania,  b) do trwałej ondulacji, do prostowania i utrwalania,  c) do układania,  d) do mycia,  e) odżywki,  f) do utrwalania fryzury;  Środki do golenia;  Środki do makijażu i demakijażu;  Środki przeznaczone do pielęgnacji i malowania ust;  Środki do pielęgnacji zębów i jamy ustnej;  Środki do pielęgnacji i malowania paznokci;  Środki do higieny zewnętrznych narządów płciowych;  Środki do opalania i chroniące przed promieniowaniem ultrafioletowym;  Środki do samoopalania  Środki do rozjaśniania skóry  Środki przeciw zmarszczkom | |
| Liczba linii produkcyjnych\*, transportowanych grup produktów:  **-** *uzupełnij pole:*  **-** *uzupełnij pole:*  **-** *uzupełnij pole:*  **-** *uzupełnij pole:*  **\**linia produkcyjna*** *– jest to ciąg maszyn i urządzeń przystosowanych do wykonywania określonych operacji, na których powstaje produkt od surowca, aż do końcowego wyrobu.* | Jeśli istnieją procesy realizowane na zewnątrz (podwykonawstwo), proszę wskazać przedmiot podwykonawstwa i firmy realizujące te procesy:  - wytwarzanie *uzupełnij pole:*  - konfekcjonowanie *uzupełnij pole:*  - analizy *uzupełnij pole:*  - czyszczenie i dezynfekcja pomieszczeń*uzupełnij pole:*  - ochrona przed szkodnikami *uzupełnij pole:*  - serwisowanie urządzeń i utrzymania pomieszczeń *uzupełnij pole:* |

# CERTYFIKACJA SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA

Prosimy o zakreślenie właściwych punktów charakteryzujących Państwa działalność i podanie uzasadnienia odpowiedzi

|  |  |
| --- | --- |
| **Wymagania normy ISO 9001 niemające zastosowania proszę zaznaczyć, jeśli występują:**  **8.3** projektowanie i rozwój  **inne:** *uzupełnij pole:* | firma posiada certyfikat innej niezależnej jednostki certyfikującej lub kontrolującej  \* organizacja wydająca certyfikat (nazwa, data ważności): *uzupełnij pole:*  \* w przypadku chęci przeniesienia certyfikatu z innej Jednostki Certyfikującej prosimy o przesłanie kopii certyfikatu/ów oraz raportu z ostatniego przeprowadzonego auditu. Przejęte mogą być wyłącznie certyfikaty wydane przez jednostki należące do MLA |
| mała lokalizacja firmy w porównaniu z liczbą pracowników (np. kompleks biurowy, firma nie posiada oddziałów, firma znajduje się na jednym terenie) | rozległa lokalizacja - istnieje skomplikowana logistyka obejmująca więcej niż jeden budynek (trzeba się poruszać między dzielnicami, gminami, miastami) *uzupełnij pole:* |
| wysoki poziom automatyzacji w realizowanych procesach | bardzo duży oddział w stosunku do liczby personelu |
| w składzie personelu znajdują się osoby pracujące „poza lokalizacją” (np. handlowcy, kierowcy, serwisanci). Prosimy podać liczbę osób *uzupełnij pole:* | czy podzlecają Państwo procesy związane  z wnioskowanym zakresem certyfikacji(jeśli TAK, proszę wymienić)  nie  tak *uzupełnij pole:* |
| znaczna część personelu organizacji wykonuje powtarzalne, nieskomplikowane zadania (na przykład: w transporcie przy pracy taśmowej, na liniach montażowych, wykonując czynności administracyjne itp.) | procesy produkcyjne są skomplikowane, złożone i składają się z dużej ilości nietypowych czynności, istnienie istotnych zagrożeńoraz wysoki udział procentowy pracowników szczególnie narażonych |
| firma posiada akredytację innej jednostkibranżowej *uzupełnij pole:* | personel mówiący kilkoma językami – istnieje konieczność tłumaczenia w trakcie auditu *uzupełnij pole:* |
| istnieje znaczna liczba przepisów regulujących działalność (np. żywność, leki, lotnictwo, energia jądrowa)  *uzupełnij pole:* | istnieją lokalizacje wirtualne (środowisko sieciowe),  w których wykonuje się prace lub realizowane są usługi  dla klientów *uzupełnij pole:* |
| czy dysponują Państwo zasobami technicznymi i ludzkimi umożliwiającymi przeprowadzi części auditu w sposób zdalny. Np. video konferencja, telekonferencja, komunikatory (np. Skype), dokumentacja w chmurze internetowej, e-mail. Jeśli tak prosimy wskazać jakie: *uzupełnij pole:* | istnienie specyficznych dla branży wymagań prawnych  lub konieczność uzyskania dodatkowych zezwoleń  (np. uprawnienia do nadzoru lub prac przy urządzeniach elektrycznych, uprawnienia do obsługi dźwigów  lub maszyn budowlanych, uprawnienia górnicze):  *uzupełnij pole:* |
| **Prosimy o określenie poziomu ryzyka prowadzonej działalności:**  **wysokie ryzyko** - sytuacja, w której wadliwość wyrobu lub usługi powoduje katastrofę gospodarczą  lub stanowi zagrożenie życia.  **średnie ryzyko** - sytuacja, w której wadliwość wyrobu lub usługi może spowodować obrażenie lub chorobę.  **niskie ryzyko** - sytuacja, w której spowodowanie obrażenia lub choroby przez wadliwość wyrobu  lub usługi jest mało prawdopodobne. | |
| Czy w przeszłości zdarzyło się, aby Państwa wyrób, usługa spowodował/a któreś z wyżej wymienionych zagrożeń?  **nie**  **tak,** prosimy o opis:*uzupełnij pole:*  Czy w ostatnim cyklu certyfikacji zdarzyło się, aby Państwa wyrób, usługa została wycofana z rynku?  **nie**  **tak,** prosimy o opis:*uzupełnij pole:* | |

**INFORMACJE DODATKOWE**

Czy przy wdrażaniu systemu korzystali Państwo z usług zewnętrznych konsultantów?

**Tak**, proszę podać kogo: *uzupełnij pole:* **Nie**

W jaki sposób uzyskali Państwo nasz adres: *uzupełnij pole:*

Państwa uwagi, życzenia: *uzupełnij pole:*

Oświadczam, iż dane osobowe zawarte w niniejszym zapytaniu ofertowym zostały uzyskane i przekazane zgodnie

z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *uzupełnij pole:*  Imię i Nazwisko  osoby upoważnionej  sporządzającej wniosek | *kliknij, aby wprowadzić datę*.  Data | Podpis |

# Dziękujemy za wypełnienie formularza zapytania ofertowego.

*Prosimy o przesłanie zapytania na adres* [***oferta@tuv-nord.pl***](mailto:oferta@tuv-nord.pl)*.*

*Odwiedź nas*

[**www.tuv-nord.pl**](http://www.tuv-nord.pl)