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](mailto: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:* |

# ZAKRES DZIAŁALNOŚCI FIRMY

**Wnioskowany zakres certyfikacji** (podany zakres po weryfikacji podczas auditu znajdzie się na Państwa certyfikacie):

*Wpisz wnioskowany zakres certyfikatu:*

Klasyfikacja PKD: *uzupełnij pole:*

# PODSTAWA CERTYFIKACJI

|  |  |
| --- | --- |
| **ISO 9001** *Zarządzanie Jakością* | **ISO 14001** *Zarządzanie Środowiskiem* |
| **ISO 45001** *BHP* | **EMAS** *Deklaracja Środowiskowa* |
| **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: *kliknij, aby wprowadzić datę* **Nie**

**DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA**

*Jeśli organizacja posiada więcej lokalizacji, możecie Państwo umieścić poniższe informacje w dodatkowym pliku.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Całkowita liczba lokalizacji stałych**  *uzupełnij pole:* | **Lokalizacja pełniąca funkcję centralną** | **Lokalizacja II** | **Lokalizacja III** | **Lokalizacja IV** | **Suma** |
| Nazwa firmy / zakładu / oddziału | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* |
| Adres (ulica, kod, miasto) | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* |
| **Realizowane procesy / działania  w związku z zakresem systemu zarządzania**  Dla organizacji wielooddziałowych prosimy o podanie procesów realizowanych w poszczególnych lokalizacjach wraz z informacją  dotyczącą miejsca realizacji procesów zarządczych (np. kadry, księgowość itp.) | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* |
| **Całkowita liczba osób zatrudnionych**  **w obszarze objętym certyfikacją**  (w przeliczeniu na pełne etaty) | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* |
| **Pracownicy realizujący prace powtarzalne** – proszę podać ilość  i rodzaj wykonywanej pracy  (np. kierowcy, handlowcy, programiści, pracownicy biurowi, pracownicy ochrony, call center, pracownicy produkcyjni – tokarze, spawacze, pracownicy budowlani itp.) | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* |
| **Pracownicy sezonowi / podwykonawcy / realizujący prace na podstawie umów o dzieło / zlecenie**  (jeśli zostali ujęci w zakresie certyfikacji). Proszę podać ilość osób oraz rodzaj wykonywanej pracy (czas ich zatrudnienia w roku - jeśli dotyczy) | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* |
| **W przypadku systemu pracy zmianowej prosimy podać ilość pracowników na każdej zmianie w przeliczeniu na pełne etaty oraz informację jakie czynności wynikające z zakresu działalności są wykonywane na poszczególnych zmianach** | | | | | |
| Liczba pracowników na  I zmianie / zakres czynności | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* |
| II zmianie / zakres czynności | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* |
| III zmianie / zakres czynności | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* | *uzupełnij pole:* |

**ODZIAŁY TYMCZASOWE (jeśli dotyczy)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czy organizacja dostarcza wyroby lub usługi w oddziałach tymczasowych?**  (**oddziały tymczasowe –** są to lokalizacje nie zdefiniowane jako oddziały stałe, w których organizacja wykonuje określone prace  lub świadczy usługi w ograniczonym czasie) | | |
|  | nie | |
|  | tak, proszę podać liczbę oddziałów tymczasowych na terenie Polski: *uzupełnij pole:*tak, proszę podać liczbę oddziałów tymczasowych zagranicznych: *uzupełnij pole:* | |
| Czy w tych oddziałach prowadzone są podobne procesy: | |
|  | tak |
|  | nie, proszę scharakteryzować procesy występujące w oddziałach tymczasowych: *uzupełnij pole:* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pracownicy tymczasowi** – proszę podać ilość osób oraz rodzaj wykonywanej pracy (czas ich zatrudnienia w roku) | *uzupełnij pole:* |

# CERTYFIKACJA WIELOODDZIAŁOWA

### W przypadku posiadania filii, oddziałów, zakładów prosimy o określenie:

firma posiada centralę, gdzie planuje się, nadzoruje i zarządza pewnymi działaniami sieci filii, zakładów, oddziałów, w których te działania są w całości lub częściowo prowadzone

wszystkie oddziały są prawnie lub kontraktowo powiązane z centralą i objęte są wspólnym systemem zarządzania jakością ustanowionym i nadzorowanym przez centralę

wyroby / usługi dostarczane przez wszystkie oddziały są „w zasadzie” tego samego rodzaju, wytwarzane „w zasadzie” tymi samymi metodami, według tych samych procedur

firma posiada oddziały tymczasowe, jeśli tak prosimy o wpisanie ich w tabelce powyżej.

# 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:* | |

# CERTYFIKACJA SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKIEM ISO 14001 WERYFIKACJA ŚRODOWISKOWA EMAS

**Dane dotyczące zakresu działalności i ważniejszych zagadnień środowiskowych dla poszczególnych lokalizacji.**

Jeśli występuje więcej niż jedna lokalizacja, która ma być objęta certyfikacją prosimy o **szczegółowe** informacje nt. punktów zawartych w tabeli dla każdej z lokalizacji osobno.

|  |  |
| --- | --- |
| **Lokalizacja główna (ulica, kod, miasto)**: *uzupełnij pole:*  **Oddział (ulica, kod, miasto)**:*uzupełnij pole:* | |
| Zakres działania: | *uzupełnij pole:* |
| Prowadzone procesy technologiczne / produkcyjne | *uzupełnij pole:* |
| Czy w wyniku prowadzonej przez Państwa działalności występują: | ścieki technologiczne tak nie  odpady niebezpieczne tak nie, w jakich ilościach? *uzupełnij pole:*  emisje z procesów technologicznych tak nie |
| Materiały, odpady magazynowane na terenie zakładu: | stanowiące zagrożenie dla wód; łatwopalne; żrące; trujące |
| Stopień oddziaływania Państwa firmy na środowisko przy uwzględnieniu stosowanych rozwiązań:  wysoki  średni  nieznaczny  ograniczony | |
| Czy istnieją dodatkowe lub nadzwyczajne aspekty środowiskowe lub **specyficzne** dla Państwa branży obligatoryjne do stosowania wymagania prawne(nie dot. powszechnie obowiązujących wymagań prawnych takich jak np. Ustawa o Odpadach, Ustawa Prawo Ochrony Środowiska itp.)  tak nie *uzupełnij pole:* | |
| Czy lokalizacja firmy znajduje się na terenie, w którym występuje większa wrażliwość narażonego środowiska w porównaniu  z typowymi lokalizacjami w sektorze przemysłu.  tak nie | |
| Czy w ostatnim cyklu certyfikacyjnym wystąpiły wypadki środowiskowe, do których przyczyniła się organizacja  (potencjalne sytuacje awaryjne, wcześniejsze problemy środowiskowe)?  tak nie | |
| Czy istnieją procesy główne lub wspomagające, które nie zostały wymienione w zakresie certyfikacji, a mające znaczące oddziaływanie na środowisko?  tak nie (jeśli tak, proszę wymienić) *uzupełnij pole:* | |
| **UWAGI:** *uzupełnij pole:* | |

W przypadku konieczności uściśleń związanych z oddziaływaniem na środowisko możemy poprosić Państwa o przesłanie:

- aktualnego schematu organizacyjnego

- wykazu aspektów środowiskowych

# CERTYFIKACJA SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY

Jeśli występuje więcej niż jedna lokalizacja, która ma być objęta certyfikacją prosimy o **szczegółowe** informacje nt. punktów zawartych w tabeli dla każdej z lokalizacji osobno, jeśli występują inne zagrożenia.

|  |  |
| --- | --- |
| **Lokalizacja główna ulica, kod, miasto)**: *uzupełnij pole:*  **Oddział (ulica, kod, miasto):** *uzupełnij pole:* | |
| **Wypadkowość i zapadalność na choroby zawodowe**  (w odniesieniu do wskaźnika wypadkowości wg danych GUS dla danego sektora):  wyższa niższa  od średniej dla danego sektora działalności gospodarczej.  **Prosimy o podanie ilości wypadków**  (ze wskazaniem lokalizacji, której dotyczył poważny incydent BHP)  śmiertelne: *uzupełnij pole:*  ciężkie: *uzupełnij pole:*  zbiorowe: *uzupełnij pole:*  pozostałe (np. przecięcia, skręcenia, stłuczenia) *uzupełnij pole:* | Czy obecne są osoby postronne na terenie organizacji?  (np. szpitale, szkoły, lotniska, porty, dworce kolejowe, transport publiczny)  tak  nie  Uwagi: *uzupełnij pole:* |
| Prosimy o podanie informacji o najważniejszych materiałach niebezpiecznych wykorzystywanych w realizowanych procesach (substancje chemiczne, pyły, mgły itp.)  Uwagi: *uzupełnij pole:* |
| Czy prowadzone są postępowanie prawne przeciwko organizacji  w sprawie dotyczącej BHP (postępowania - otwarte postępowania  w sądzie pracy, wstrzymanie prac przez PIP, Sanepid)?  tak  nie  Uwagi: *uzupełnij pole:* | Czy zachodzi u Państwa tymczasowa obecność dużej liczby firm (pod)wykonawców i ich pracowników, powodująca zwiększenie złożoności lub ryzyk dla BHP (np. okresowe wyłączenia lub przestoje technologiczne rafinerii, zakładów chemicznych, hut stali i innych dużych kompleksów przemysłowych)  tak  nie  Uwagi: *uzupełnij pole:* |
| Czy firma świadczy usługi w siedzibie innej organizacji?  tak  nie  Uwagi: *uzupełnij pole:* |
| Czy w Państwa organizacji obecne są niebezpieczne substancje  w ilościach narażających zakład na ryzyko poważnych awarii przemysłowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami krajowymi  i / lub dokumentacją oceny ryzyka  tak  nie Uwagi: *uzupełnij pole:* | Prosimy o identyfikację kluczowych zagrożeń i ryzyk dla BHP związanych z realizowanymi procesami. (Czynniki fizyczne, chemiczne, biologiczne i psychospołeczne oraz inne sytuacje mające wpływ na BHP) *uzupełnij pole:* |
| Czy deklarujecie Państwo gotowość klienta do certyfikacji BHP (np. klient już polega okresowym auditom prowadzonym przez organ krajowy w ramach obowiązkowego rządowego programu SZBHP)?  tak  nie uzupełnij pole: | prosimy o wskazanie specyficznych dla Państwa branży obligatoryjnych do stosowania wymagań prawnych (nie dot. powszechnie obowiązujących wymagań prawnych takich jak np. Kodeks Pracy, Ustawa o PIP, PIS itp.)  tak  nie uzupełnij pole: |
| Kategorie złożoności ryzyk dla BHP:  wysokie – ryzyka dla BHP o znaczącym charakterze i wadze (zazwyczaj budownictwo oraz organizacje zajmujące się produkcją ciężką lub przetwórstwem),  średnie – ryzyka dla BHP o średnim charakterze i wadze (zazwyczaj organizacje zajmujące się produkcją lekką, w których występuje kilka znaczących ryzyk)  niskie – ryzyka dla BHP o niskim charakterze i wadze (zazwyczaj organizacje prowadząc działalność biurową). | |

# CERTYFIKACJA SYSTEMÓW ZINTEGROWANYCH

W przypadku certyfikacji systemów zintegrowanych prosimy o zaznaczenie punktów, które pozwolą określić poziom zintegrowania Państwa systemów zarządzania. Zaznaczenie wszystkich punktów oznacza pełną integrację wdrożonych systemów.

Przeglądy zarządzania, które uwzględniają ogólną strategię biznesową i plan.

Zintegrowane podejście do auditów wewnętrznych.

Zintegrowane podejście do polityki i celów.

Zintegrowane podejście do procesów systemowych.

Zintegrowany zbiór dokumentacji obejmujący instrukcje robocze, na dobrym poziomie rozwoju, stosownie do sytuacji.

Zintegrowane podejście do mechanizmów doskonalenia (korekcje i działania korygujące; pomiary i ciągłe doskonalenie).

Zintegrowane podejście do planowania z dobrym wykorzystaniem całościowego podejścia do zarządzania ryzykiem w działalności.

Zunifikowane wsparcie i odpowiedzialność kierownictwa.

Audit systemów przeprowadzany: razem osobno

# 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)