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:*Komórkowy:*numer:*e-mail:*adres e-mail:* |
| **Ulica, kod, miasto:** *uzupełnij pole:***Województwo***:* *uzupełnij pole:* | **Pełnomocnik:** *imię nazwisko*Telefon:*numer:*Komórkowy:*numer:*e-mail:*adres e-mail:* |
| **NIP:** *uzupełnij pole:* | **www:** *strona www:* **fax:** *numer:* |

# DZIAŁALNOŚĆ FIRMY

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

*Wpisz wnioskowany zakres certyfikatu:*

Klasyfikacja PKD: *uzupełnij pole:*

# PODSTAWA CERTYFIKACJI

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **ISO 9001** *Zarządzanie Jakością* | [ ]  **ISO 50001** *Zarządzanie Energią* |
| [ ]  **ISO 14001** *Zarządzanie Środowiskiem* | [ ]  **ISO 15378***Opakowania wyroby medyczne* |
| [ ]  **ISO 45001** *BHP* | [ ]  **ISO 17100***Usługi Tłumaczeniowe* |
| [ ]  **EMAS** *Deklaracja Środowiskowa* | [ ]  **Inne (np. EN 15224** *ZJ w Służbie Zdrowia***)** *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: *kliknijj, aby wprowadzić datę*.[ ]  **Nie**

**DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 okresie czasu) |
| [ ]  | NIE  |
| [ ]  | TAK, proszę podać liczbę oddziałów tymczasowych:…………………………………………….. |
| Czy w tych oddziałach prowadzone są podobne procesy: |
| [ ]  | TAK |
| [ ]  | NIE, proszę scharakteryzować procesy występujące w oddziałach tymczasowych: ……………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pracownicy tymczasowi** – proszę podać ilość osób oraz rodzaj wykonywanej pracy (czas ich zatrudnienia w roku)(niskie kwalifikacje/proste powtarzalne czynności) | *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 nie mające 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, prosimy podać liczbę osób *uzupełnij pole:* | [ ]  **proszę wymienić wszystkie podzlecane procesy** i funkcje zidentyfikowane w organizacji (wymagane) *uzupełnij pole:* |
| [ ]  **z**naczna 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 akredytacje 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, 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 [ ] nieodpady 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 [ ] nieJeśli „tak” prosimy o ich wymienienie: *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 ENERGIĄ ISO 50001

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:* |
| **Roczne zużycie energii:** | [ ] ≤ 55.5 GWh[ ]  55.5 GWh ≤ 555.5 GWh[ ]  555.5 GWh ≤ 2,777.7 GWh[ ]  > 2,777.7 GWh |
| **Ilość źródeł energii***Należy wziąć pod uwagę wszystkie źródła energii (energia elektryczna, gaz ziemny, olej napędowy, olej opałowy, propan, para, węgiel)* | [ ]  *1 lub 2*[ ]  *3*[ ]  *≥ 4* |
| **Ilość znaczącego wykorzystania energii**Należy podać całkowitą liczbę wszystkich znaczących zastosowań energetycznych (np. linie produkcyjne, wentylację, klimatyzację, ogrzewanie, chłodzenie, oświetlenie, transport itd.) Zdefiniowanych w Państwa systemie Zarządzania Energią zgodnie ISO 50001 punkt 3.27  | [ ] ≤ 5[ ]  6 do 10 [ ]  11 do 15 [ ]  ≥ 16 |
| **Efektywna liczba personelu w SZE** (System Zarządzania Energią)W przypadku organizacji o charakterze produkcyjnym zazwyczaj bierze się pod uwagę personel odpowiedzialny za linie produkcyjne, procesy, utrzymanie ruchu, ogrzewanie, chłodzenie, wentylację, transport, oświetlenie itp. Inny personel jak np. administracja, montażyści nie muszą być tu ujęci. W przypadku usługodawcy, zazwyczaj bierze się pod uwagę personel odpowiedzialnego za utrzymanie (w szczególności budynków) oraz innych funkcji technicznych, takich jak budowa i remonty, a także zaopatrzenie. Nie należy brać pod uwagę innych osób pracujących w budynku lub pełniących funkcje administracje.W przypadku osób pełniących podwójna funkcję prosimy o wykazanie pracowników tylko w jednej kategorii. |
| Zarząd | *uzupełnij pole:* |
| Pracownicy odpowiedzialni za zarządzanie energią | *uzupełnij pole:* |
| Zespół ds. Zarządzania energią  | *uzupełnij pole:* |
| Kierownicy zakładu, oddziału | *uzupełnij pole:* |
| Inni pracownicy o istotnym wpływie na użycie energii i jej zużycie  | *uzupełnij pole:* |
| **Suma**(w przeliczeniu na pełne etaty) | *uzupełnij pole:* |

Czy organizacja jest uważana za małe lub średnie przedsiębiorstwo (MŚP)?

[ ]  tak [ ] nie

*mniej niż 250 pracowników i roczny obrót nie przekracza 50 mln EUR lub całkowity bilans roczny nie przekraczający 43 mln EUR*

# 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 [ ]  NIEUwagi: *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 [ ]  NIEUwagi: *uzupełnij pole:* |
| Czy firma świadczy usługi w siedzibie innej organizacji?[ ]  TAK [ ]  NIEUwagi: *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 BiHP )*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 [ ]  NIEuzupełnij 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 Nazwiskoosoby upoważnionejsporządzającej wniosek | *kliknijj, aby wprowadzić datę*.Data | Podpis |

# Dziękujemy za wypełnienie formularza zapytania ofertowego.

*Prosimy o przesłanie na adres* ***oferta@tuv-nord.pl****lub faxem 032/ 786 46 02.*

*Odwiedź nas*

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