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* | **EN 15224** *ZJ w Służbie Zdrowia* |
| **ISO 29990** *Usługi Edukacyjne* | **ISO 15378***Opakowania wyroby medyczne* |
| **ISO 17100***Usługi Tłumaczeniowe* | **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: *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 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 | *kliknijj, aby wprowadzić datę*.  Data | Podpis |

# Dziękujemy za wypełnienie formularza zapytania ofertowego.

*Prosimy o przesłanie na adres* [***oferta@tuv-nord.pl***](mailto:oferta@tuv-nord.pl)*lub faxem 032/ 786 46 02.*

*Odwiedź nas*

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