****

**Antrag auf Zertifizierung nach ISO 9001 und Trägerzulassung nach AZAV**

**Hinweis: Bitte bearbeiten Sie das Formular direkt am Bildschirm. Nicht Zutreffendes bitte streichen.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma / Kontaktdaten** | | | |
| Firma  (Antragsteller) |  | | |
| Geschäftsführung |  | | |
| Straße |  | | |
| PLZ / Ort |  | **Ansprechpartner Zertifizierung / Zulassung (z.B. QMB)** | |
| Telefon |  | Name |  |
| E - Mail |  | Durchwahl |  |
| Website |  | E - Mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zum Unternehmen** | |
| Gesellschaftsform |  |
| Konzernzugehörigkeit |  |
| Organigramm (aktuell gültig) | Datum Freigabe |
| Handels- bzw. Vereinsregisterauszug nicht älter als 3 Monate | HRG Nr. und Datum des Auszugs |
| Gewerbeanmeldung (entfällt bei Überwachungsaudit) | Datum, Ort |
| **Unternehmensbranche**  (zum Feststellen erhöhter Risiken z.B. systemrelevante Unternehmen oder Unternehmen mit erhöhtem Sicherheitsbedarf) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Normgrundlage und Angaben zur Überprüfung von Scopes**  **(Nachweise bitte mit dem Kundenprofil auf der EPZ - Datenaustauschplattform im Auditordner hochladen.)** | |
| Anwendungsbereich des QMS  (Tätigkeiten / Prozesse / Produkte / Dienstleistungen) |  |
| * Ausgelagerte Prozesse | Bitte mit Prozessnamen vermerken |
| **Objektive Nachweise:**   * QMS (mindestens QMH – Inhaltsverzeichnis) | Dokumentenname und Datum der Freigabe |
| * Prozesslandkarte (inklusive ausgelagerter Prozesse) | Dokumentenname und Datum der Freigabe |

|  |  |
| --- | --- |
| **Normgrundlage der Zertifizierung** | |
| Normgrundlage(n) |  |
| Nicht angewendete Normabschnitte |  |
| **Ausführliche Begründung** nicht angewendeter Normabschnitte |  |
| **Besondere Anforderungen an Ihre Standorte / Produkte / Prozesse im Geltungsbereich der Zertifizierung / Zulassung……..** | |
| Spezifische rechtliche Vorschriften / Rechtsnormen |  |
| Spezifische technische Vorschriften / Normen / Standards |  |
| Besondere Anforderungen an Prozesse seitens des Kunden (Sicherheitsanforderungen, systemrelevante Kundenunternehmen) |  |
| Gefährliche Prozesse infektiöse, sterile oder explosionsgefährdete Bereiche |  |
| Besondere Sicherheits- und Arbeitsschutzvorschriften oder Risiken im Umgang mit Arbeitsmitteln |  |
| Besondere Anforderungen an die Vertraulichkeit / Geheimhaltung |  |
| Spezifische Anforderungen an die Qualifikation / Erfahrung des Personals, Sicherheitsbereiche |  |
| Sprachliche und kulturelle Besonderheiten (ggf. benötigte Sprachenkenntnisse / Übersetzer für das Audit) |  |

|  |
| --- |
| **Standorte im Geltungsbereich der Zertifizierung / Zulassung und Anzahl Beschäftigte an den Standorten** |

Bei mehreren Standorten füllen Sie bitte die Standort-Tabelle einschl. Beschäftigtenzahlen und ggf. Maßnahmen-Tabelle für jeden Standort aus. (Kopieren Sie die Tabelle für jeden Standort.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Standort 1** (Bezeichnung, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Handelt es sich um einen temporären Standort? Wählen Sie ein Element aus. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei temporären Standorten: Von: Bis: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei mehreren Standorten: Umfasst das zentrale QMS diesen Standort? JA: NEIN: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei mehreren Standorten: Ist der Standort einem Anderen, als der Zentrale untergeordnet: JA NEIN: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wenn JA – den übergeordneten Standort angeben: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei AZAV Trägerzulassung, Fachbereiche für diesen Standort: | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Fachbereich 1: Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 Abs. 1 S. 1 SGB III | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Fachbereich 2: Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung nach § 45 Abs. 4 S. 3 Nr. 2 SGB III | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Fachbereich 3: Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung nach dem Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Fachbereich 4: Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung nach dem Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Fachbereich 5: Transferleistungen nach §§ 110 und 111 SGB III | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Fachbereich 6: Maßnahmen zur Teilhabe (§§ 112ff. SGB III) nach dem Siebten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beschäftigte am Standort | | | | Leitung | | Entwicklung/  Konstruktion | | Produktion/  Dienstleistungs-  erbringung | | | | Verwaltung/  Organisation/  Vertrieb | Qualitäts- wesen | | Gesamt FTE (\*) | |
| Anzahl MA  in Vollzeit | | | |  | |  | |  | | | |  |  | |  | |
| Anzahl MA  in Teilzeit (\*) | | | |  | |  | |  | | | |  |  | |  | |
| Anzahl AZUBIs | | | |  | |  | |  | | | |  |  | |  | |
| Anzahl nicht fest angestellte MA (\*\*) | | | |  | |  | |  | | | |  |  | |  | |
| (\*) Können Sie die Umrechnung in FTE (=Vollzeitäquivalente) nicht vornehmen, füllen Sie bitte die Tabellen **Für MA in Teilzeit** und **Für nicht fest angestellte MA** (s. unten) aus.  (\*\*) Nicht fest angestellte MA können z.B. sein Honorarkräfte, freie MA, Saisonarbeiter, Aushilfen, Leiharbeiter. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Für MA in Teilzeit | | | | | |  | | Für nicht fest angestellte MA (z.B. Honorarkräfte) | | |  | Liste der von EUROPANOZERT  zugelassenen Maßnahmen | | | | | |
| Anzahl der MA | | | | Stunden/ Woche | |  | | Anzahl der MA | | Stunden/ Woche |  | Maßnahme Titel | | | EPZ-Nummer | | Anzahl Durchführungen seit letztem Audit |
|  | | | |  | |  | |  | |  |  |  | | |  | |  |
|  | | | |  | |  | |  | |  |  |  | | |  | |  |
|  | | | |  | |  | |  | |  |  |  | | |  | |  |
|  | | | |  | |  | |  | |  |  |  | | |  | |  |
|  | | | |  | |  | |  | |  |  |  | | |  | |  |

*Bitte ergänzen Sie bei Bedarf Zeilen.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zu Arbeitszeiten / Schichten** | |
| **Schichtarbeit** (Ja/ Nein) |  |
| **Wenn Nein**   * Arbeitszeit (von – bis) |  |
| **Wenn Ja**   * Schichtmodell (z.B. Wochentage, Uhrzeiten, Schichtübergaben) |  |
| * Mitarbeiter je Schicht (anhand Schichtplan und Zeiterfassung) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Inanspruchnahme von externen Beratungsleistungen zum QM-System** | |
| Wenn Ja, durch welche Organisationen/Personen in den letzten 2 Jahren (Bezeichnung/Name/Ort). |  |

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben genannten Angaben und beauftrage EUROPANOZERT mit der Zertifizierung nach ISO 9001 und Trägerzulassung nach AZAV.**

Auf Grundlage der oben gemachten Angaben erstellt EUROPANOZERT eine Kostenkalkulation. Mit Unterschrift erkläre ich mich zudem damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Kostenkalkulation und zur Planung und Durchführung von Audits gespeichert werden.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| Ort/Datum |  | Name (Druckbuchstaben) |  | Stempel/Unterschrift |