



## Antrag auf Trägerzulassung nach AZAV EPZ-

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

Firma / Kontaktdaten			
Firma (Antragsteller)			
Geschäftsführung			
Straße			
PLZ / Ort		Ansprechpartner:in (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)	

<b>Besondere Anforderungen an Ihre Standorte / Produkte / Prozesse im Geltungsbereich der Zulassung</b>	
<b>Spezifische rechtliche Vorschriften / Rechtsnormen</b>	
<b>Spezifische technische Vorschriften / Normen / Standards</b>	
<b>Besondere Anforderungen an Prozesse seitens des Kunden (Sicherheitsanforderungen, systemrelevante Kundenunternehmen)</b>	
<b>Gefährliche Prozesse infektiöse, sterile oder explosionsgefährdete Bereiche</b>	
<b>Besondere Sicherheits- und Arbeitsschutzvorschriften oder Risiken im Umgang mit Arbeitsmitteln</b>	
<b>Besondere Anforderungen an die Vertraulichkeit / Geheimhaltung</b>	
<b>Spezifische Anforderungen an die Qualifikation / Erfahrung des Personals, Sicherheitsbereiche</b>	
<b>Sprachliche und kulturelle Besonderheiten (ggf. benötigte Sprachkenntnisse / Übersetzer für das Audit)</b>	

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

(AKTUELLES DATUM)

**Inanspruchnahme von externen Beratungsleistungen zum QM-System**

Wenn Ja, durch welche Organisationen/Personen in den letzten zwei Jahren (Bezeichnung/Name/Ort).

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben genannten Angaben sowie der Angaben in der beigefügten Excel-Datei Maßnahmenabfrage-Matrix.**

**Ich beauftrage EUROPANOZERT mit der Trägerzulassung nach AZAV.**

Auf Grundlage der oben gemachten Angaben erstellt EUROPANOZERT eine Kostenkalkulation. Mit meiner 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