

# Antrag auf Trägerzulassung nach AZAV

## EPZ-



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

Angaben zur Zulassung nach AZAV	
Haben Sie jemals eine Träger-Zulassung bei einer anderen Fachkundigen Stelle beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja:	Die Zulassung: <input type="checkbox"/> ist aktuell <input type="checkbox"/> gültig <input type="checkbox"/> wurde verweigert <input type="checkbox"/> ist regulär abgelaufen <input type="checkbox"/> wurde vorzeitig beendet / zurückgezogen
Name der Fachkundigen Stelle:	
Bei aktuell gültiger Zulassung, welchen Wechselgrund haben Sie:	

<b>Angaben zum Unternehmen</b>	
<b>Gesellschaftsform</b>	
<b>Konzernzugehörigkeit</b>	
<b>Organigramm</b>	
<b>Handels- bzw. Vereinsregisterauszug (nicht älter als 3 Monate)</b>	
<b>Gewerbeanmeldung</b>	
<b>Zur Ermittlung der Risiko-Klasse nach IAF MD 5 :2023: In welchen Bereichen ist ihr Unternehmen tätig oder wird in Zukunft tätig sein?</b>	

<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 Sprachenkenntnisse / 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)	

<b>Inanspruchnahme von externen Beratungsleistungen zum QM-System</b>	
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
-----------	------------------------	----------------------