



1. Gegenstand des Antrags

<input type="checkbox"/>	Erstzertifizierung	<input type="checkbox"/>	Re-Zertifizierung
<input type="checkbox"/>	Erweiterung der Zertifizierung (z. B. um einen Standort oder einen Scope)	<input type="checkbox"/>	Übertragungsbegutachtung (Wechsel der Zertifizierungsstelle)
<input type="checkbox"/>	Kombinierte Zertifizierung in Verbindung mit der AZAV !!!Bitte zusätzlich die Unternehmensauskunft zur Zulassung als Träger nach AZAV ausfüllen.		

2. Unternehmensdaten

Name/Bezeichnung: (gemäß Registereintrag)			
Anschrift der Zentrale: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)			
Telefon:		Telefax:	
Homepage:			
E-Mail:			
Geschäftsführer/in:		(Vorname)	(Nachname)
Telefon:		Mobil:	
E-Mail:			
Verantwortliche Person für das QM-System (QB):		(Vorname)	(Nachname)
Telefon:		Mobil:	
E-Mail:			
Verantwortliche Person für Arbeitssicherheit:		(Vorname)	(Nachname)
Telefon:		Mobil:	
E-Mail:			
Betriebsnummer BG			
IK-Nr. Zentrale			
IK-Nr. Standort/ Einrichtung			
IK-Nr. Standort/ Einrichtung			

Bitte senden Sie:

- die Unternehmensauskunft zur Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015
- einen Registerauszug (GmbH, e. V., etc.)
- Gesellschaftervertrag/ Satzung eine Gewerbeanmeldung
- Zulassung/en dritter Stellen
- QM-Dokumentation/ QM-Handbuch
- das Organigramm und eine Übersicht der Prozesse/ Prozesslandkarte
- Managementbewertung und Interner Auditbericht

per E-Mail oder Fax an: info@apv-zert.de; Fax: 0561-94026309



3. Zentrale und Standorte

** Zu berücksichtigen sind alle hauptamtlich- und freiberuflich tätigen Mitarbeiter/innen und dies gemessen an einem (tariflichen) Vollzeitbeschäftigungsverhältnis. Teilzeitkräfte und geringfügig Beschäftigte sind mit ihrer wöchentlichen/monatlichen Arbeitsleistung entsprechend umzurechnen. Auszubildende sind mit dem gesetzlich/ behördlich vorgegebenen Stellenanteil zu berechnen. AN-Überlassung: bitte 20% der im Jahresmittel in VZ Beschäftigten berücksichtigen.

Nr.	Standorte			Geltungsbereich (Produkte/ Dienstleistungen/ Arbeitsbereiche/ Prozesse)	Angaben zu Schichtarbeit		Angaben zu Leiharbeitnehmern		Angaben zu Saisonkräften	
	Anschrift	Branche (Scope)	Anzahl MA (VZ)		Schicht- anzahl	MA pro Schicht (Vollzeit)	LA- Anzahl	Beschäf- tigung vom... bis...	SK-Anzahl	Beschäf- tigung vom... bis...
<i>Bsp.</i> Zent- rale	<i>Mustermann GmbH, Mustermannstr. 1, 12345 Musterstadt</i>	<i>37,35</i>	<i>15</i>	<i>Aus- und Weiterbildung im IT-Bereich, Dienst- leistungen für Unter- nehmer im IT-Bereich</i>	-	-	-	-	-	-
Zent- rale										
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										



4. Angaben zum Qualitätsmanagementsystem

Verfügt Ihr Unternehmen bereits über ein Qualitätsmanagementsystem?

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja. - Wenn ja, bitte die entsprechende Norm ankreuzen.
		<input type="checkbox"/>	DIN EN ISO 9001:2015
		<input type="checkbox"/>	DIN EN ISO 9001:2015 + AZAV

Wie wird/ist Ihr Qualitätsmanagementsystem aufgebaut?

<input type="checkbox"/>	Ein einziges Qualitätsmanagementsystem mit zugehörigen Verfahrensanweisungen oder Prozessbeschreibungen für die Zentrale und ggf. vorhandene Standorte.
<input type="checkbox"/>	Ein Qualitätsmanagementsystem mit zugehörigen Verfahrensanweisungen oder Prozessbeschreibungen pro Standort.

Wann tritt/trat Ihr Qualitätsmanagementsystem in Kraft?

Datum:	
--------	--

Werden Produkte, Dienstleistungen und/oder Prozesse/Teilprozesse durch externe Anbieter nach Auftrag bereitgestellt und/oder integriert?

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja. - Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte nachfolgend.

Gibt es Unternehmensbereiche, die nicht in die Auditierung einbezogen werden sollen?

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja. - Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte nachfolgend.

Wurde Ihr Qualitätsmanagementsystem bereits zertifiziert?

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja. - Wenn ja, nennen Sie uns bitte die Zertifizierungsstelle.
Name:			
Anschrift:			
Zertifikat:	Gültig bis:	Bitte fügen Sie eine Kopie des Zertifikats bei.	

Übertragungsbegutachtung: Bitte unter folgendem Link die Checkliste ausfüllen: <https://apv-zert.de/dokumente-iso-2/>

5. Ausschlüsse von Anforderungen der Norm

Folgende Anforderung/en der Norm trifft/treffen in Bezug auf den Anwendungsbereich in unserem Unternehmen nicht zu: (Bitte bei der/den Anforderung/en auch das zugehörige Normkapitel aufführen, wie z. B. Entwicklung)



6. Angaben zu externen Beratungsleistungen

Hat Ihr Unternehmen eine externe Qualitätsmanagementberatungsleistung zur Vorbereitung auf die Zertifizierung in Anspruch genommen?

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja. - Wenn ja, nennen Sie uns bitte die Organisation und den Namen des Beraters.
Name der Organisation:			
Anschrift der Organisation:			
Name, Vorname und Anschrift der beratenden Person			

Der Zeichnungsberechtigte Person verpflichtet sich, alle wesentlichen Änderungen der Zertifizierungsstelle unverzüglich mitzuteilen.

Die Richtigkeit der oben gemachten Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

(rechtsverbindliche Unterschrift des Verantwortlichen beim Unternehmen)

Wir verarbeiten Ihre, in diesem Formular eingegebenen, personenbezogenen Daten ausschließlich für die Beantwortung bzw. Verarbeitung Ihrer Anfrage. Wie wir weitere personenbezogene Daten verarbeiten, entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung auf der Homepage (<https://apv-zert.de/impressum/>). Vielen Dank.

Anmerkung (wird von der APV ausgefüllt):

senden