

Anfrage Zertifizierungsaufwand für Apotheken



Kopieren und in einem Fensterkuvert oder per Fax an

EQ ZERT
Einsteinstraße 59
89077 Ulm

EQ ZERT
Einsteinstraße 59
89077 Ulm
Fon 07 31-18 48 68-0
Fax 07 31-18 48 68-10
E-Mail eqzert@eqzert.de
Internet www.eqzert.de

Mit dieser Anfrage sollen Informationen zur Erstellung eines Kostenvoranschlags eingeholt werden. Diese Anfrage verpflichtet nicht zur Durchführung des Zertifizierungsverfahrens bei EQ ZERT.

Apotheke: _____

Straße/Postfach: _____	Telefon: _____
PLZ, Ort: _____	Telefax: _____
Ansprechpartner: _____	E-Mail: _____
Funktion: _____	Homepage: _____

Angaben zur Apotheke, welche die Zertifizierung anstrebt

Bei mehreren Standorten benötigen wir die Angaben zu Produkten, Leistungen und Anzahl Mitarbeiter für jeden Standort separat.

Standorte: _____

Besondere Dienstleistungen: _____

Besondere Produkte: _____

Anfrage Zertifizierungsaufwand für Apotheken



Mitarbeiter

Vollzeit/Teilzeit

Anzahl gesamt	<input type="text"/>
pharm. Mitarbeiter	<input type="text"/>
nicht pharm. Mitarbeiter	<input type="text"/>
<hr/>	<input type="text"/>

Dokumentation des Managementsystems

Umfang des Management-Handbuchs (Seitenzahl):

Anzahl der weiterführenden Verfahrensanweisungen:

Wurden Prozesse beim Aufbau des QM-Systems ausgegliedert (z.B. Messmittelüberwachung)?

Nein Ja (bitte angeben):

Wurde externe Beratungsleistung beim Aufbau des QM-Systems in Anspruch genommen?

Nein Ja (bitte angeben):

Die Zertifizierung soll erfolgen nach

DIN EN ISO 9001
mit folgenden Ausschlüssen:

- 7.3 Entwicklung
- keine
-

Eine Zertifizierung besteht bereits:

nach:

seit:

Angestrebter Termin zur Durchführung des Zertifizierungsaudits (Monat/Jahr):

Datum

Unterschrift

Hinweis:

Für eine möglichst genaue Abschätzung des Zertifizierungsaufwandes ist es hilfreich, wenn Sie uns weitere Informationen zu Ihrer Einrichtung (z.B. Prospektmaterial oder Organisationsbeschreibungen) zukommen lassen.