

Anfrage Zertifizierungsaufwand Arbeitsschutzmanagementsysteme



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.

Firma: _____

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

Angaben zum Unternehmen, das die Zertifizierung des Arbeitsschutzmanagementsystems anstrebt
Bei mehreren Standorten benötigen wir die Angaben zu Produkten, Leistungen und Mitarbeiter für jeden Standort separat.

Standorte: _____

Produkte: _____

Leistungen: _____

Zuständige BG: _____

Anfrage Zertifizierungsaufwand Arbeitsschutzmanagementsysteme



Mitarbeiter

	Vollzeit/Teilzeit		Vollzeit/Teilzeit		im Schichtbetrieb
Anzahl gesamt:	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	Verwaltung:	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>		Vollzeit/Teilzeit
Entwicklung:	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	Produktion:	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	Frühschicht:	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>
Konstruktion:	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	Qualitätswesen:	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	Spätschicht:	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>
Vertrieb:	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>		<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	Nachtschicht:	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>

Bestellte Beauftragte: _____

Dokumentation des Managementsystems

Umfang des Management-Handbuchs (Seitenzahl): _____

Anzahl der weiterführenden Verfahrensanweisungen: _____

Wurden Prozesse beim Aufbau des Managementsystems ausgegliedert (z.B. Messmittelüberwachung)?

Nein Ja (bitte angeben): _____

Wurde externe Beratungsleistung beim Aufbau des Managementsystems in Anspruch genommen?

Nein Ja (bitte angeben): _____

Die Zertifizierung soll erfolgen nach

OHSAS 18001

DIN EN ISO 9001

VDA 6.1

mit folgenden Ausschlüssen:

VDA 6.4

7.3 Entwicklung

Eine Zertifizierung besteht bereits:

keine

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 Ihrem Unternehmen (z.B. Prospektmaterial oder Organisationsbeschreibungen) zukommen lassen.