|  |  |
| --- | --- |
| o przeprowadzenie procesu oceny i weryfikacji stałości właściwości użytkowych w systemie 1  o przeprowadzenie procesu oceny i weryfikacji stałości właściwości użytkowych w systemie 1+  o przeprowadzenie procesu oceny i weryfikacji stałości właściwości użytkowych w systemie 2+  certyfikacja dobrowolna  **SYSTEM KRAJOWY** | o przeprowadzenie procesu oceny i weryfikacji stałości właściwości użytkowych w systemie 1  o przeprowadzenie procesu oceny i weryfikacji stałości właściwości użytkowych w systemie 2+  **SYSTEM EUROPEJSKI** |

Data przyjęcia:

Podpis:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **WYRÓB (nazwa, odmiany)** | | 1. **Specyfikacja techniczna** |
|  | |  |
| 1. **WYSTĘPUJĄCY O CERTYFIKAT (PRODUCENT, DYSTRYBUTOR, IMPORTER, UPOWAŻNIONY PRZEDSTAWICIEL)** | | |
| **Nazwa i adres Firmy:**    **NIP:** | | |
| 1. **ZAKŁAD PRODUKCYJNY** | | **Liczba osób związanych z ZKP** |
| **Nazwa i adres Firmy Producenta i zakładu produkcyjnego:** | | **< 20**  **20 ÷ 50**  **> 50** |
| **5. INFORMACJE DOTYCZĄCE WSZYSTKICH WYKORZYSTYWANYCH PODZLECANYCH PROCESÓW, KTÓRE BĘDĄ ODDZIAŁYWAĆ NA ZGODNOŚĆ WYROBU Z WYMAGANIAMI** | | |
|  | | |
| **6. OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTÓW** | | |
| **Imię i nazwisko, telefon e-mail:**  **{{ kontakt }}** | | |
| **7. CZY PRZY WDRAŻANIU SYSTEMU ZAKŁADOWEJ KONTROLI PRODUKCJI FIRMA ZATRUDNIAŁA/ZATRUDNIA KONSULTANTA/FIRMĘ KONSULTINGOWĄ? (jeśli tak, proszę podać imię i nazwisko konsultanta/firmy konsultingowej)** | | |
|  | | |
| **8. DOKUMENTY DOŁĄCZONE DO WNIOSKU** | | |
| **Dokumentacja systemu zakładowej kontroli produkcji, opracowana zgodnie z wymaganiami dokumentu odniesienia** | | |
| **9. SKŁADAJĄCY WNIOSEK** | | |
| **Zobowiązuję się do spełnienia wymagań certyfikacyjnych oraz dostarczenie wszelkich informacji niezbędnych do oceny wyrobów/zakładowej kontroli produkcji, które maja być certyfikowane.** | | |
| **...........................................**  **data** | **................................................................................................................**  **Dyrektor/Prezes /Właściciel Firmy (podpis i pieczęć)** | |

**Nr rejestracji i Data rejestracji Wniosku (procesu certyfikacji):**

Identyfikacja ryzyka w odniesieniu do bezstronności:

🞎 nie ma 🞎 jest – podać jakie.........................................................................................................

(wypełnia Jednostka Certyfikująca)

(wypełnia Jednostka Certyfikująca)