|  |
| --- |
| **Rückantwort an:** |
| **TQCert GmbH  Gobietstraße 13**  **D- 34123 Kassel** |

**Faxantwort an: 0561 94 99 941**

Mailantwort an: info@tqcert.de

Telefon (Fragen) 0561 94 99 720

**1.1 Angaben zum Unternehmen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Firmenname  (gemäß Registereintragung) |  | | | |
| Anschrift der Zentrale  (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) |  | | | |
| Telefon Nr. |  | Homepage: | | |
| Telefax Nr. |  | E-Mail: | | |
| Geschäftsführer/in  Inhaber/in | □ Frau  □ Herr | Tel.-DW: | | E-Mail: |
| Beauftragter der obersten Leitung (QMB) | □ Frau  □ Herr | Tel.-DW: | |  |
| Branche |  | | | |
| Unternehmens- bereich |  | | Bitte angeben, wenn nur ein Teil des Unternehmens zertifiziert werden soll | |
|  |  | |  | |
| Standortname |  | |  | |
| Anzahl der Mitarbeiter insgesamt (nicht Anzahl der Köpfe): |  | |  | |
| Vollzeitkräfte\*: |  | |  | |
| Teilzeitkräfte\* | □ zutreffend. Anzahl: …  □ nicht zutreffend | |  | |
| Auszubildende\*: | □ zutreffend. Anzahl: …  □ nicht zutreffend | |  | |
| Geringf. Beschäftigte\*: | □ zutreffend. Anzahl: …  □ nicht zutreffend | |  | |
| Hilfskräfte\*: | □ zutreffend. Anzahl: …  □ nicht zutreffend | |  | |
| Honorarkräfte\*: | □ zutreffend. Anzahl: …  □ nicht zutreffend | |  | |
| Leiharbeitnehmer: | □ zutreffend. Anzahl: …  □ nicht zutreffend | |  | |
| Von der Anzahl der Mitarbeiter arbeiten im Schichtbetrieb? | □ zutreffend. Anzahl: …  □ nicht zutreffend | |  | |

\*Die in Klammern angegebenen Prozentsätze geben die Anteile an einer vollen Mitarbeiterstelle wieder.

Bsp.: Eine Vollzeitstelle ergibt 1 Mitarbeiter wobei hingegen eine Teilzeitstelle 0,5 Mitarbeiter entspricht.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Soll das gesamte Unter-nehmen zertifiziert werden? | | □ Ja  □ Nein | | | |
| □ mit allen   Bereichen | | □ Ja | | □ Nein, nur folgende Bereiche: | |
| □ mit allen   Standorten? | | □ Ja, bitte bearbeiten Sie diesbezüglich den Punkt 1.3 Angaben bei Betrieben mit Standorten dieses Auskunftsbogens | | □ Nein | |
| Welches sind Ihre Produkte bzw. Ihre Dienstleistungen? | | | | | |
| ~~Aus welchen Branchen stammt Ihr Kundenkreis?~~  Wo werden Ihre gefertigten Produkte, Dienstleistungen oder Prozesse zum Einsatz kommen? | | | | | |
| Gelten für Ihre Produkte spezielle Gesetze bzw. gesetzliche Richtlinien? | □ med. Produkte Richtl.  □ KBA-Typgenehmigung  (Kraftfahrt-Bundesamt) | | □ Sonstige: z.B. EG- Maschinenrichtlinie  □ Nein | |  |
| Welche sind die Kernprozesse Ihres Unternehmens? | □ Produktion  □ Verwaltung  □ Projektierung | | □ Vertrieb  □ Entwicklung  □ Lagerung / Versand | | □ sonstige (welche?): |
| Welcher Fertigungstyp  herrscht vor? | □ Einzelfertigung  □ Serienfertigung | | □ Massenfertigung | | □ Prozess (kontinuierlich) |
| Falls in Ihrem Unternehmen in Schichten gearbeitet wird, sind die Tätigkeiten über alle Schichten identisch? | | | □ ja (zu 100%)  □ nein | | □ teilweise (zu …… %)  □ keine Schichtarbeit |

1.2 Besonderheiten

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Treffen folgende  Gegebenheiten auf Ihr Unternehmen zu? |  | | Ja | | Nein | Schwach ausgeprägt |
| * Planung und Entwicklung neuer Produkte/Dienstleistungen | | □ | | □ | □ |
| * Hohes Produkt- oder Prozessrisiko | | □ | | □ | □ |
| * Weit verzweigte Betriebsstätten | | □ | | □ | □ |
| * Kennzeichnung und Rückverfolgbarkeit wird von den Kunden gefordert | | □ | | □ | □ |
| * Das Audit muss in mehreren Sprachen stattfinden | | □ | | □ | □ |
| * Sonstige Faktoren die den Auditaufwand erhöhen | | □ | | □ | □ |
| * Ausgegliederte Prozesse   Wenn Ja:  Welche Prozesse werden ausgegliedert?  Bitte hier beschrieben: | | □ | | □ |  |
| Geplanter Termin für die Auditierung vor Ort (Wunschtermin) | Monat | Jahr | | X noch offen | | |
| Ist Ihr QM-System bereits zertifiziert?  Wenn ja, bitte eine Kopie des Zertifikats beilegen (gilt für Zertifikatsübernahmen) | □ Nein  □ Ja durch TQCert GmbH  Nach welcher Norm sind Sie Zertifiziert?  □ AZAV  □ DIN EN ISO 9001:2015 | | | | | |
| Werden Sie beim Aufbau Ihres QM-Systems extern beraten? | □ Ja  □ Nein | Wenn ja, von wem? | | | | |

Ende des Bogens für Organisationen ohne entfernte Standorte

Ort, Datum, Name, Unterschrift, Stempel

* 1. **Angaben bei Betrieben mit Standorten**

Bitte füllen Sie diesen Teil aus, wenn sie zu der oben genannten Zentrale (Punkt 1.1.) noch weitere Standorte Zertifiziert haben möchten.

**1.3.1.Begrifflichkeiten:**

**Organisationen mit mehreren Standorten:**

Eine Organisation mit einem einzigen Managementsystem, die eine festgelegte Zentrale besitzt (nicht notwendigerweise der Hauptsitz der Organisation), in der bestimmte Prozesse/Tätigkeiten ge-plant und kontrolliert werden, sowie eine Reihe von (bleibenden, zeitweiligen oder virtuellen) Stand-orten, in denen solche Prozesse/Tätigkeiten vollständig oder teilweise ausgeführt werden.

**Zentrale:**

Die Stelle, die für das Managementsystem verantwortlich ist und dieses zentral kontrolliert

Hinweis:

Die Zentrale ist Teil der Organisation und darf nicht an eine externe Organisation untervergeben sein.

**Bleibender Standort:**

Ein (körperlicher oder virtueller) Standort, an dem eine Organisation des Auftraggebers fortlaufend Arbeiten oder Dienstleistungen ausführt.

**Zeitweiliger Standort:**

Ein (physischer oder virtueller) Standort, an dem eine Organisation des Auftraggebers spezifische Arbeiten ausführt oder von dem aus eine Dienstleistung für einen bestimmten Zeitraum erbracht wird, und der nicht zu einem bleibenden Standort werden soll.

**1.3.2. Eignung einer Organisation für die Zertifizierung einer Organisation mit mehreren Standorten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Treffen folgende  Gegebenheiten auf Ihr Unternehmen zu?** | **Ja** | **Nein** |
| Die Organisation hat ein einziges Managementsystem? | □ | □ |
| Die Zentrale ist Teil der Organisation und wird nicht an eine externe Organisation untervergeben. | □ | □ |
| Die Zentrale muss die organisatorische Befugnis haben, das einzige Managementsystem zu definieren, einzuführen und zu warten. | □ | □ |
| Das einzige Managementsystem der Organisation unterliegt einer zentralen Überprüfung durch die Geschäftsführung | □ | □ |
| Alle Standorte unterliegen den internen Auditprogramm der Organisation. | □ | □ |
| Die Zentrale stellt sicher, dass Daten von allen Standorten erhoben und analysiert werden, und muss nachweisen können, dass sie in dieser Hinsicht die Befugnisse und Fähigkeiten zur Einleitung organisatorischer Änderungen u.a. in Bezug auf folgendes hat:  (i) Systemdokumentation und Systemveränderungen,  (ii) Managementbewertung,  (iii) Beschwerden,  (iv) Bewertung der Korrekturmaßnahmen,  (v) Planung interner Audits und Bewertung der Ergebnisse und  (vi) gesetzliche und behördliche Anforderungen an der/den entsprechenden Norm(en) | □ | □ |

**1.3.3. Angaben Zentrale/Standorte(e)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anschrift: Zentrale |  | | |
| Anzahl der Standorte  insgesamt: |  | | |
| Die ~~Betriebsstätten~~ Standorte sind | □ unabhängige GmbHs | □ abhängige Niederlassungen | □ prozentuale Beteiligungen |
| **Wie ist Ihre QM-Dokumentation in Bezug auf Ihre Betriebsstätten strukturiert?** | | | |
| □ ein QM-Handbuch (QMH) für alle Betriebsstätten  □ mit **zentralen** Verfahrens-anweisungen (VA) bzw. Prozessbe-schreibungen (PB) | □ ein QMH für alle Betriebsstätten  □ mit **lokalen** VAs bzw- PBs | □ pro Betriebsstätte ein  eigenes QMH  □ mit **eigenen** VAs bzw.  PBs | □ ein QM-Handbuch (QMH) für alle Betriebsstätten  □ mit **zentralen** Verfahrens-anweisungen (VA) bzw. Prozessbe-schreibungen (PB) |
| Geplanter Termin für die Auditierung der Standorte (Wunschtermin). Dieser sollte mit den Termin der Zentrale (Punkt 1.2.) im Einklang liegen. | Monat | Jahr | noch offen |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Standort | | | | | | Mitarbeiter | | | | | | | | | |
| Pos | Anschrift Standorte | Bleibender Standort | Zeitweiliger Standort | Produkte/  Dienstleistungen/  Geschäftstätigkeiten | Hohes Produkt/Prozessrisiko | Liegen Beschwerden vor? | Anzahl der Mitarbeiter in Summe (nicht Anzahl der Köpfe) | Vollzeitkräfte | Teilzeitkräfte\* | Auszubildende\* | Geringf. Beschäftigte\* | Hilfskräfte\* | Honorarkräfte\* | Leiharbeiter\* | Von der Anzahl der Mitarbeiter arbeiten im Schichtbetrieb? |
|  |  | □ Ja  □ Nein | □ Ja  □ Nein |  | □ Ja  □ Nein | □ Ja  □ Nein |  | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
|  |  | □ Ja  □ Nein | □ Ja  □ Nein |  | □ Ja  □ Nein | □ Ja  □ Nein |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | □ Ja  □ Nein | □ Ja  □ Nein |  | □ Ja  □ Nein | □ Ja  □ Nein |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | □ Ja  □ Nein | □ Ja  □ Nein |  | □ Ja  □ Nein | □ Ja  □ Nein |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | □ Ja  □ Nein | □ Ja  □ Nein |  | □ Ja  □ Nein | □ Ja  □ Nein |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | □ Ja  □ Nein | □ Ja  □ Nein |  | □ Ja  □ Nein | □ Ja  □ Nein |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | □ Ja  □ Nein | □ Ja  □ Nein |  | □ Ja  □ Nein | □ Ja  □ Nein |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Die in Klammern angegebenen Prozentsätze geben die Anteile an einer vollen Mitarbeiterstelle wieder.

Bsp.: Eine Vollzeitstelle entspricht 1 Mitarbeiter, wobei hingegen eine Teilzeitstelle 0,5 Mitarbeiter entspricht.

Ort, Datum, Name, Unterschrift, Stempel