



Auskunftsbogen zur Erstellung eines Angebots zur Zertifizierung  
(für die gleichzeitige oder spätere Zertifizierung als Bildungsträger nach AZWV bitte auch  
den Auskunftsbogen FO07AZ09 ausfüllen)

Rückantwort an:

**TQ Cert 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		
Straße		
Land - PLZ - Ort		
Telefon Nr.		Homepage:
Telefax Nr.		E-Mail:
Ansprechpartner	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Tel.-DW:	
Beauftragter der obersten Leitung (QMB)	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Tel.-DW:	
Branche	yxc	
Unternehmensbereich	yxc	Bitte angeben, wenn nur ein Teil des Unternehmens zertifiziert werden soll
Standortname		
Anzahl der Mitarbeiter insgesamt (nicht Anzahl der Köpfe):		
Vollzeitkräfte* (100%)		

Teilzeitkräfte*: (%-Zahl je nach Stundenzahl z.B. 20h/Woche = 50%)		
Auszubildende*: (25%)		
Geringf. Beschäftigte*: (25%)		
Hilfskräfte*: (25%)		
Honorarkräfte*: (10%)		
Leiharbeitnehmer: (0%)		
Von der Anzahl der Mitarbeiter arbeiten im Schichtbetrieb?		

\*Die in Klammern angegebenen Prozentsätze geben die Anteile an einer vollen Mitarbeiterstelle wieder. Bsp.: Ihre 10 Hilfskräfte würden demnach eine Mitarbeiterzahl von 2,5 darstellen.

Welches sind Ihre Produkte bzw. Dienstleistungen?		
Aus welchen Branchen stammt Ihr Kundenkreis?		
Gelten für Ihre Produkte spezielle Gesetze bzw. gesetzliche Richtlinien?	<input type="checkbox"/> med. Produkte Richtl. <input type="checkbox"/> KBA-Typgenehmigung (Kraftfahrt-Bundesamt)	<input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Nein
Welche sind die Kernprozesse Ihres Unternehmens?	<input type="checkbox"/> Produktion <input type="checkbox"/> Verwaltung <input type="checkbox"/> Projektierung	<input type="checkbox"/> Vertrieb <input type="checkbox"/> Entwicklung <input type="checkbox"/> Lagerung / Versand <input type="checkbox"/> sonstige (welche?):
Welcher Fertigungstyp herrscht vor?	<input type="checkbox"/> Einzelfertigung <input type="checkbox"/> Serienfertigung	<input type="checkbox"/> Massenfertigung <input type="checkbox"/> Prozess (kontinuierlich)
Falls in Ihrem Unternehmen in Schichten gearbeitet wird, sind die Tätigkeiten über alle Schichten identisch?	<input type="checkbox"/> ja (zu 100%) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise (zu ..... %)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder  durch x ersetzen

## 1.2 Besonderheiten

	Ja	Nein	Schwach ausgeprägt
Treffen folgende Gegebenheiten auf Ihr Unternehmen zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geplanter Termin für die Auditierung vor Ort (Wunschtermin)	Monat	Jahr	<input type="checkbox"/> noch offen
Ist Ihr QM-System bereits zertifiziert? Wenn ja, bitte eine Kopie des Zertifikats beilegen (gilt für Zertifikatsübernahmen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja durch _____ Zertifikat gültig bis _____		
Werden Sie beim Aufbau Ihres QM-Systems extern beraten?	<input type="checkbox"/> Ja?	Wenn ja, von wem?	

Ende des Bogens für Organisationen ohne entfernte Standorte

---

Ort, Datum, Name, Unterschrift, Stempel

### 1.3 Angaben bei Betrieben mit Standorten

Betriebe mit Standorten besitzen ein Zentrale und ein Netzwerk an lokalen Geschäftsstellen oder Zweigstellen (Standorten). Verzweigte Betriebsstätten, ausgelagerte Unterrichtsräume, Fahrschulunterrichtsräume in der Umgebung stellen keine Standorte dar. Diese Außenstellen oder Veranstaltungsorte sind bei der Zertifizierung der Organisation mit einbezogen (evtl. bei 1.2 weitverzweigte Betriebsstätten ankreuzen).

Hauptsitz (Zentrale) der Firma in:			
Anzahl der Niederlassungen/ Betriebsstätten insgesamt:			
Anzahl der Mitarbeiter insgesamt:			
Die Betriebsstätten sind	<input type="checkbox"/> unabhängige GmbHs	<input type="checkbox"/> abhängige Niederlassungen	<input type="checkbox"/> prozentuale Beteiligungen

	<u>Zentrale</u>	<u>Niederl. 1</u>	<u>Niederl. 2</u>	<u>Niederl. 3</u>	<u>Niederl. 4</u>
Standortname					
Anzahl der Mitarbeiter insgesamt (nicht Anzahl der Köpfe):					
Vollzeitkräfte*: (100%)					
Teilzeitkräfte*: (%-Zahl je nach Stundenzahl z.B. 20h/Woche = 50%)					
Auszubildende*: (25%)					
Geringf. Beschäftigte*: (25%)					
Hilfskräfte*: (25%)					
Honorarkräfte*: (10%)					
Leiharbeitnehmer: (0%)					
Von der Anzahl der Mitarbeiter arbeiten im Schichtbetrieb?					

\*Die in Klammern angegebenen Prozentsätze geben die Anteile an einer vollen Mitarbeiterstelle wieder. Bsp.: Ihre 10 Hilfskräfte würden demnach eine Mitarbeiterzahl von 2,5 darstellen.

Zertifizierung / QM-System	
Für welche Org. Einheit möchten Sie das Zertifikat	<input type="checkbox"/> Ein Zertifikat für alle Betriebsstätten <input type="checkbox"/> Pro Betriebsstätte ein eigenes Zertifikat <input type="checkbox"/> Pro Unternehmensbereich ein Zertifikat
Soll das gesamte Unternehmen zertifiziert werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<input type="checkbox"/> mit allen Bereichen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	nur folgende
<input type="checkbox"/> mit allen Betriebsstätten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	nur folgende
Anzahl der Mitarbeiter im zu zertifizierenden Bereich?		
Nach welcher QM-Norm soll zertifiziert werden?	<input type="checkbox"/> ISO 9001:2008	<input type="checkbox"/> AZAV <input type="checkbox"/> _____
<b>Wie ist Ihre QM-Dokumentation in Bezug auf Ihre Betriebsstätten strukturiert?</b>		
<input type="checkbox"/> ein QM-Handbuch (QMH) für alle Betriebsstätten <input type="checkbox"/> mit <b>zentralen</b> Verfahrensanweisungen (VA) bzw. Prozessbeschreibungen (PB)	<input type="checkbox"/> ein QMH für alle Betriebsstätten <input type="checkbox"/> mit <b>lokalen</b> VAs bzw. PBs	<input type="checkbox"/> pro Betriebsstätte ein eigenes QMH <input type="checkbox"/> mit <b>eigenen</b> VAs bzw. PBs
Ist Ihr QM-System bereits zertifiziert? Wenn ja, bitte eine Kopie des Zertifikats beilegen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja durch _____ Zertifikat gültig bis _____	
Werden Sie beim Aufbau Ihres QM-Systems extern beraten?	<input type="checkbox"/> von wem?	

---

Ort, Datum, Name, Unterschrift, Stempel