Unternehmensdaten für die Erstellung eines Angebotes/Überprüfung des vorliegenden Angebotes für die Zertifizierung

Bitte ausgefüllt faxen / mailen an: +49 (0) 511 36583252 / [office@fq-cert.de](mailto:office@fq-cert.de)

|  |  |
| --- | --- |
| Fragestellung | Antwort (Bitte vom Auftraggeber ausfüllen) |
| Name des Unternehmens inkl. Rechtsform  Handelsregister-Nummer:  Umsatzsteuer-Nr.: |  |
| Unternehmensadresse/Firmensitz/Zentrale: |  |
| Adresse für Schriftverkehr falls abweichend |  |
| ggf. Adresse der Betriebsstätte  (Falls mehr als eine Betriebsstätte, bitte Blatt kopieren oder Liste anfügen) |  |
| GLN - Nummer |  |
| EWG - Nummer |  |
| Ansprechpartner  Name:  Funktion:  Telefon:  E-Mail:  IFS Beauftragter: |  |
| Nachwelchen Standard wollen Sie zertifiziert werden | IFS Food  Kombination mit QS |
| Product-Scope:  Technical-Scope:  Berechnete Auditzeit in Tagen: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  P \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tage |
| Anzahl Schichten  Arbeitszeit | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Anzahl der Mitarbeiter  (inkl. Teilzeitmitarbeiter) | Eigene Mitarbeiter:  Leiharbeitnehmer:  Max. Gesamtanzahl aller Mitarbeiter: |
| Auditvariante | angekündigt  unangekündigt |
| Bei unangekündigten Audits bitte die Sperrzeiten angeben, 10 Tage in drei Schritten möglich |  |
| Ist ein Multisite-Site-Audit  Werden an einem Standort zentrale Prozesse verantwortet? Welche? | ja  nein  Verantwortung Management  Interne Audits  Produktspezifikation  Einkauf  Produktentwicklung  Transport  Labor / Analyse  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Geben Sie ein Wunschtermin oder ein festgelegtes Datum ein: | Vorzugstermin:  Ausweichtermin: |
| Liegen bereits Zertifizierungen vor, wenn ja nach welchem Standard?  Bitte senden Sie das jeweilige Zertifikat mit. | ja  nein  Welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IFS – COID-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Produktionsfläche inkl. Lager(ca. m²) | m² |
| Ist ein Außenlager vorhanden?  Entfernung in km, gelagerte Produkte | ja  nein    Wo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Was: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Wünschen Sie bestimmte Prozesse/Produkte auszuschließen?  Welche? | ja  nein  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Erfolgt eine Verarbeitung von GVO Rohstoffen und/oder Allergene? | GVO  ja  nein  Allergen  ja  nein |
| Haben Sie für alle angegebenen Betriebsstätten ein einheitliches QM-System oder ein eigenes je Standort? | ja  nein |
| Auditsprache Deutsch | ja  nein |
| Wenn die Auditsprache nicht Deutsch ist, erklären Sie hiermit, dass alle notwendigen Unterlagen auch in deutscher oder englischer Sprache vorliegen und die Mitarbeiter in Deutsch oder Englisch Auskunft geben können. | ja  nein, dann erklären Sie sich bereit einen unabhängigen Übersetzer während des Audits zu akzeptieren und die Kosten dafür zu tragen. |
| Geben Sie bitte die Produktgruppen an die im Zertifizierungsbereich fallen. |  |
| Geben Sie bitte die Verarbeitungsprozesse Technologie einschließlich Verarbeitung/Behandlung/Umgang/Lagerung an die im Zertifizierungsbereich fallen |  |
| Gibt es Handelsaktivitäten?  Wenn ja bitte diese Märkte spezifizieren und die Produktgruppen benennen. | ja  nein |
| Gibt es einen Fabriksverkauf/Werksverkauf? | ja  nein |
| Besteht oder bestand ein Vertrag mit einer anderen Zertifizierungsstelle  Wenn ja, bei welcher Zertifizierungsstelle? | ja  nein  ………………………………………………………………………………….. |
| Der Antragsteller erklärt hiermit, die Zertifizierungsanforderungen zu erfüllen und jegliche für die Bewertung der zu zertifizierten Produkte erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen. Der Antragsteller verpflichtet sich, bei Änderungen des Geltungsbereiches unverzüglich die Zertifizierungsstelle zu informieren.  Datum/  Unterschrift vom Antragsteller:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stempel | |

|  |
| --- |
| **Folgende Unterlagen benötigen wir für die Antragsprüfung, bitte fügen Sie diese dem Antrag bei.**   * HACCP Konzept * Eine Aufstellung ihrer CCPs * Prozesslaufdiagramme – HACCP Fließschemen * Einfacher Lageplan * Organigramm * Reklamationsstatistik * Inhaltsverzeichnis de QM Handbuches inkl. Verfahren/Prozesse, Arbeitsanweisungen und Formulare   Sollten Sie das Einreichen der Unterlagen ablehnen, nennen Sie uns hier den Grund:  Senden Sie den Antrag inkl. Der Unterlagen per Mail an: [office@fq-cert.de](mailto:office@fq-cert.de) |
| Antragsprüfung (wird durch die FQ-Cert GmbH ausgefüllt)  Von der Zertifizierungsstelle festgelegte Auditdauer lt. Vorgaben des IFS:  Auditdauer vor Ort in Tagen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Zertifizierungsbereich des Audits: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Produktkategorie(n) IFS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Technical Scope(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Antragszustimmung: ja  nein  Datum: Unterschrift FQ-Cert GmbH: |