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. Vergabe an Dritte, z.B. Unterbündler  (Adresse und Ansprechpartner) |  |
| ggf. Adresse der Betriebsstätte  (Falls mehr als eine Betriebsstätte, bitte Blatt kopieren oder Liste anfügen) |  |
| Ansprechpartner Name:  Funktion:  Telefon:  E-Mail: |  |
| Anzahl Mitarbeiter |  |
| Lebensmittebranche Fleisch | Schlachtung / Zerlegung  Verarbeitung  Lebensmitteleinzelhandel  Fleischgroßhandel |
| Lebensmittelbranche Obst/Gemüse/Kartoffeln | Lebensmitteleinzelhandel |
| Landwirtschaft | Bündler  Rind  Schwein  Geflügel |
| Beschreibung der angestrebten Tätigkeit im Bereich:   * Welche Art der Verarbeitung * Werden ggf. eigene Filialen beliefert? |  |
| Nur Schlachtung/Zerlegung/Verarbeitung u. Futtermittel: Anzahl Produktlinien |  |
| Nur Schlachtung/Zerlegung/Verarbeitung u. Futtermittel: Produktionsfläche (m²) |  |
| Nur Schlachtung/Zerlegung/Verarbeitung u. Futtermittel: Ist ein Außenlager vorhanden? |  |
| Anzahl Schichten Arbeitszeit von…………bis…….. |  |
| Lagerfläche gesamt (m²) |  |
| System der Rückverfolgbarkeit vorhanden? | nein  Ja |
| QM-System vorhanden?  Wenn ja, welches: | nein  Ja  …………………………………………………………………………………………. |
| Andere Norm(en), nach dem (denen) das Unternehmen zertifiziert ist |  |
| In welchen Zeitraum planen Sie die Zertifizierung? |  |
| Hinweise auf Besonderheiten (z.B. Arbeitszeiten, Lage, Größe des Betriebsgeländes) |  |
| Wünschen Sie ein kombiniertes Audit?  Wenn ja, bitte Standard angeben. | IFS Food  Regionalfenster  VLOG  ITW  Orgainvent |
| Besteht oder bestand ein Vertrag mit einer anderen Zertifizierungsstelle  Wenn ja, bei welcher Zertifizierungsstelle? | nein  ja  ………………………………………………………………………………….. |
| 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 | |

|  |
| --- |
| **Antragsprüfung**  (wird durch die FQ-Cert GmbH ausgefüllt)  Von der Zertifizierungsstelle festgelegte Auditdauer:  Auditdauer vor Ort in Tagen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Produktionsart: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Stufe QS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Antragszustimmung:  ja  nein  Datum: Unterschrift FQ-Cert GmbH: |