

Kurzanfrage zur Erstellung eines kostenlosen und unverbindlichen Angebotes

Firma/Organisation	
Straße	
PLZ	
Ort	
Kundennummer	(wird ggf. von Kiwa ZERTPUNKT nachgetragen)

Webadresse	
Weitere Webadressen	

Tel./Fax	Festnetz		Fax	
AnsprechpartnerIn			Funktion im Unternehmen	
E-Mailadresse-AnsprechpartnerIn				
Tel./Faxnummer AnsprechpartnerIn				
Kiwa ZERTPUNKT-Newsletterverteiler (Namen bzw. Mailadresse eintragen)				

Vertretungsberechtigte/r			
QMB			
Rechtsform des Unternehmens			
HRB-Nr.		Umsatzsteuer-ID	

Normengrundlage der gewünschten Zertifizierung *)	<input type="checkbox"/> DIN EN ISO 9001:2015 <input type="checkbox"/> AZAV Trägerzulassung <input type="checkbox"/> FB1 <input type="checkbox"/> FB2 <input type="checkbox"/> FB3 <input type="checkbox"/> FB4 <input type="checkbox"/> FB5 <input type="checkbox"/> FB6 bitte Seite 2 beachten und ausfüllen
Status der Zertifizierung	<input type="checkbox"/> Erstzertifizierung / Erstzulassung <input type="checkbox"/> Überwachung <input type="checkbox"/> Rezertifizierung / Erneute Trägerzulassung

bitte Standortliste ausfüllen		
Wird eine Multi-Site-Zertifizierung (mehrere Standorte) beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bei mehreren juristischen Personen (DIN EN ISO 9001) bitte die Checkliste Eignung Multi-Site-Verfahren ausfüllen.

Tätigkeit des Unternehmens / genaue Darstellung sämtlicher Unternehmensaktivitäten ggfs. vorhandene Risiken aufführen Geltungsbereich des Zertifikates	
--	--

Gilt nur für die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001	
Branche	
scope	siehe Liste der scopes
Nicht zutreffende Normanforderungen DIN EN ISO 9001:2015 (bitte benennen und begründen)	
Ausgegliederte Prozesse	

Nur auszufüllen bei AZAV – Zulassung

AZAV Trägerzulassung / Fachbereiche gemäß SGB III, AZAV § 5 (1)	
FB 1 <input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 des SGB III <input type="checkbox"/> für alle Standorte <input type="checkbox"/> für Standort Nr. _____ lt. Standortliste	
FB 2 <input type="checkbox"/> ausschließlich erfolgsbezogen vergütete Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung nach § 45 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 des SGB III <input type="checkbox"/> für alle Standorte <input type="checkbox"/> für Standort Nr. _____ lt. Standortliste Für die Beantragung dieses Fachbereiches müssen Sie uns eine Gewerbeanmeldung zur privaten Arbeitsvermittlung vorlegen.	
FB 3 <input type="checkbox"/> Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung nach dem Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB III <input type="checkbox"/> für alle Standorte <input type="checkbox"/> für Standort Nr. _____ lt. Standortliste	
FB 4 <input type="checkbox"/> Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung nach dem Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB III <input type="checkbox"/> für alle Standorte <input type="checkbox"/> für Standort Nr. _____ lt. Standortliste	
FB 5 <input type="checkbox"/> Transferleistungen nach den §§ 110 und 111 des SGB III <input type="checkbox"/> für alle Standorte <input type="checkbox"/> für Standort Nr. _____ lt. Standortliste	
FB 6 <input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben nach dem Siebten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB III <input type="checkbox"/> für alle Standorte <input type="checkbox"/> für Standort Nr. _____ lt. Standortliste	

Kiwa ZERTPUNKT GmbH, Kurparkallee 1, 23843 Bad Oldesloe
Tel: 04531 88099-0 **Fax:** 04531 88099-32, **E-Mail:** de.info.zertpunkt@kiwa.com

Anzahl der Mitarbeitenden im zertifizierten Geltungsbereich			
Vollzeit			
Teilzeit			
Anzahl Honorarkräfte			
Summe	Bitte geben Sie die auf Vollzeitäquivalenz umgerechnete Anzahl der Mitarbeitenden an. Teilzeitkräfte sowie Honorarkräfte werden nach Anzahl der Arbeitsstunden/Woche in Vollzeitäquivalente umgerechnet. Zum Beispiel: 20h/ Woche Teilzeitmitarbeitende = 0,5 Vollzeitmitarbeitende.		
Davon Anzahl der Mitarbeitenden im Schichtdienst		Schichtzeiten	
<p>Bisherige Zertifizierungen und Zertifizierungsverfahren Norm:</p> <p>Wurde bereits bei einer anderen Zertifizierungsstelle bzw. fachkundigen Stelle eine Zertifizierung/Trägerzulassung beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bezeichnung der Stelle: _____ Norm: _____</p> <p>Wurde bereits bei einer anderen Gesellschaft ein Zertifizierungsantrag abgelehnt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bezeichnung der Stelle: _____ Norm: _____</p>			
Gfg. BeraterIn der Organisation bei der Einführung des QM-Systems innerhalb der letzten zwei Jahre:			Mitglied im Paritätischen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Mitgliedsnummer angeben
Sind für das Audit spezielle Sicherheitsvorkehrungen nötig?			
Sind spezielle Risiken zu beachten?			
Sind Sie bereits bei einer anderen Zertifizierungsgesellschaft zertifiziert und planen, zur Kiwa ZERTPUNKT GmbH zu wechseln?	<input type="checkbox"/> nein (Zutreffendes bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> ja		
Wenn ja, Auditdatum der Erstzertifizierung und der letzten Rezertifizierung			
Gültigkeitsdauer Zertifikat			

Zertifizierung geplant für Monat: _____ Jahr _____

Wir wünschen ein Infogespräch:

Ggf. weiter Informationen: