



ISO-Managementsysteme Anmeldeformular

Bitte geben Sie uns die folgenden Informationen, damit wir Ihnen die Kosten einer ISO-Zulassung bestätigen können.



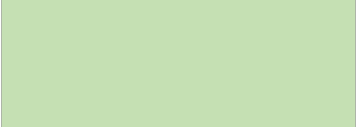

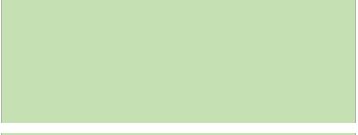

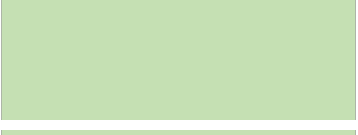

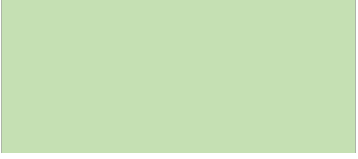


Anmeldung zur (bitte geben Sie die Norm[en] an):

1) Angaben zum Unternehmen:

Firmenname:	<input type="text"/>
Adresse des Hauptsitzes:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Postleitzahl: Tel.: Fax:	<input type="text"/>
Website:	<input type="text"/>
Ansprechpartner:	<input type="text"/>
Position:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
Tel.: Mobil:	<input type="text"/> <input type="text"/>

2) Angaben zum Hauptsitz und zu Niederlassungen/Filialen:

Adresse und PLZ:	Anzahl Schichten	1	2	3	Gesamtanzahl Angestellte
Hauptsitz <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Niederl. 1		
Niederl. 2		
Niederl. 3		
Niederl. 4		
Niederl. 5		
	Gesamtanzahl Angestellte:	

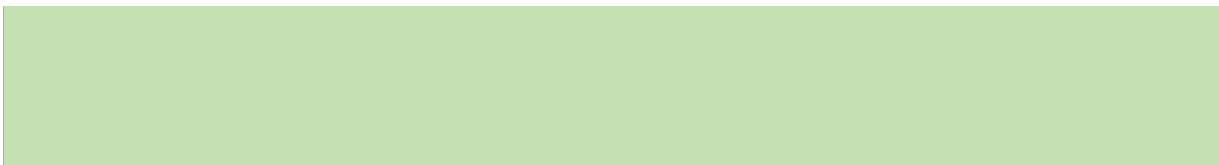
(Bitte fahren Sie bei Bedarf auf zusätzlichen Seiten fort.)

Wenn es Angestellte auf Teilzeit- oder Vertragsbasis gibt, geben Sie bitte das Äquivalent einer Vollzeitstelle an (z. B. 10 Personen à 4 Std. / normale Arbeitsstunden).

3) Seit wann ist Ihr Managementsystem im Einsatz?



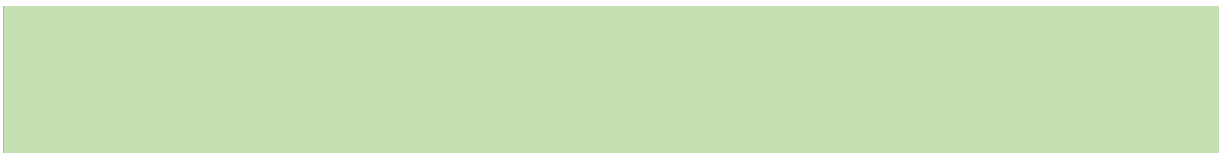
4) Welche Tätigkeiten sollen von Ihrer Zertifizierung abgedeckt werden (Anwendungsbereich)?



5) Sind Sie

a. ein Neukunde von AAC? Ja Nein b. ein überwechselnder Kunde? Ja Nein

Falls Sie ein überwechselnder Kunde sind, geben Sie bitte die vorherige(n) Zulassung(en) an:



Bitte senden Sie uns eine Kopie Ihres derzeitigen Zertifikats und Auditberichts.

c. dabei, Ihren Anwendungsbereich zu erweitern? Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte die Einzelheiten zum neuen Anwendungsbereich an:

6) Führen Sie Planungstätigkeiten durch?

Ja Nein

Anzahl der Mitarbeiter im Bereich Planung:

Falls ja, geben Sie bitte die Einzelheiten an:

7) Führen Sie Montagearbeiten oder andere Arbeiten beim Kunden aus?

Ja Nein

8) Haben Sie Tätigkeiten ausgelagert?

Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte die Einzelheiten zu den ausgelagerten Tätigkeiten an:

9) Bitte nennen Sie die Abschnitte der ISO 9001, die vom System ausgeschlossen wurden, und die Begründung:

10) Gibt es einen Stichtag für die Bewertung?

11) Komplexität des Unternehmens und der Prozesse:

Hat das Unternehmen eine einfache Struktur mit vertikaler Managementkommunikation und wenigen Entscheidungsträgern?

Ist das Managementsystem sehr komplex mit zahlreichen speziellen Abläufen? Ja Nein
(z. B. mag es bei einem Hersteller, bei dem jeder Ablauf maßgeblich für das Endprodukt ist, eine Vielzahl an Verfahren und an Verweisen auf legislative und behördliche Dokumentationen geben)

Führen viele Angestellte ähnliche einfache Tätigkeiten durch? Ja Nein
(z. B. Wachdienst, gewerbliche Reinigung, ähnliche Fertigungslinien)

Wird das Unternehmen stark von externen Stellen reguliert? Ja Nein
(typische Industriezweige sind z. B. Lebensmittelherstellung, Luftfahrt, Automobilindustrie, Elektrizitätserzeugung und die Öl- & Gasindustrie)

Richten Stakeholder bestimmte Erwartungen an das Unternehmen? Ja Nein
(z. B. in Bezug auf Sicherheit, Arbeitsschutzinspektionen, gefahrenträchtige Abfallentsorgung)

Gibt es innerhalb des Unternehmens Arbeitsbereiche, die strengen Sicherheitskontrollen unterliegen?
(z. B. bei Chemiewerken, Öl-/Gasfabriken, Stromkraftwerken) Ja Nein

Wird der Unternehmensbetrieb von dem Managementsystem eines größeren Unternehmens beeinflusst
oder gesteuert? Ja Nein
(z. B. von einer Muttergesellschaft kontrolliert oder stark beeinflusst durch lokale/staatliche Behörden)

Gibt es andere Faktoren, die die Management- und Prozesskomplexität des Unternehmens beeinflussen?
 Ja Nein

Wenn Sie irgendeine der oben genannten Fragen mit Ja beantwortet haben, geben Sie bitte die Einzelheiten an:

12) Kombinierte und integrierte Managementsysteme:

Soll das Audit Ihres Qualitätsmanagementsystems als Teil eines Kombinationsaudits
zusammen mit anderen Managementsystemen durchgeführt werden? Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte an, um welche anderen integrierten Managementsysteme es sich handelt:

Falls ja, sind Ihre Managementsysteme vollständig integriert? Ja Nein

13) Einsatz eines Beraters:

Werden Sie einen Berater hinzuziehen, der Sie bei der Einführung/beim Management des Qualitätsmanagementsystems
unterstützt? Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte die Kontaktdaten des Beraters an:

Name des Beraters:

Adresse:

E-Mail:

Tel.: Fax:

14) Ausgefüllt von:

Name: Position:

Datum:

Falls Sie Rückfragen beim Ausfüllen dieses Fragebogens haben, rufen Sie uns gern an unter **000000000** oder schicken
Sie eine E-Mail an info@aacertification.com.

Oder schicken Sie einen Ausdruck an: **000000000**