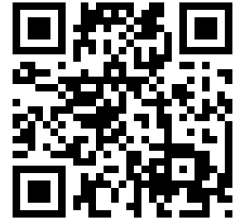




EUROCERT



Solicitud de Servicios de Certificación de Sistemas de Gestión/APPLICATION FORM FOR MANAGEMENT SYSTEM CERTIFICATION

1. DENOMINACIÓN SOCIAL / NAME OF ORGANISATION (IN ENGLISH):

DIRECCION / ADDRESS OF ORGANISATION:

CIUDAD /
CITY:

CODIGO POSTAL /
POST CODE :

ACTIVIDAD/ ACTIVITY:

CIF / VAT

TEL. :

web site:

I.R. OFFICE:

FAX :

e-mail :

2. ACTIVIDADES PARA LAS QUE DESEA LA CERTIFICACIÓN / SCOPE (PRODUCT/ PROCESS/SERVICE) FOR WHICH CERTIFICATION IS REQUESTED (IN ENGLISH):

NACE :

EA :

DOMICILIOS DE PRODUCCIONADDRESS(ES) OF PRODUCTION SITE(S) (IN ENGLISH):

SI LA ORGANIZACIÓN DISPONE DE DELEGACIONES, POR FAVOR, CONFIRME / IF THE ORGANIZATION HAS BRANCH OFFICE PLEASE ATTACH THE FOLLOWING:

1)NUMERO DE DELGACIONES / TOTAL NUMBER OF BRANCH OFFICES 2) ACTIVIDADES / ACTIVITIES 3) DIRECCIONES / ADDRESSES

PRODUCTOS O SERVICIOS SUBCONTRATADOS / COMPANY PRODUCTS / SERVICES THAT ARE PROVIDED BY SUBCONTRACTORS

3. NORMAS PARA LAS QUE DESEA LA CERTIFICACIÓN / REFERENCE STANDARDS FOR WHICH CERTIFICATION IS REQUESTED:

SI LA ORGANIZACIÓN YA ESTÁ O HA ESTADO CERTIFICADA, CUMPLIMENTE LA SIGUIENTE INFORMACION / IF YOUR ORGANISATION HAS OBTAINED A MANAGEMENT SYSTEM CERTIFICATION PLEASE FILL IN THE

**TIPO DE CERTIFICACIÓN QUE HA DISPUESTO ANTERIORMENTE / TYPE OF MANAGEMENT SYSTEM
CERTIFICATION THAT YOUR ORGANISATION HOLDS:**

**AÑO / CERTIFICATION
YEAR:**

ENTIDAD /

CERTIFICATION BODIES:

**NORMAS, ESPECIFICACIONES, LEGISLACION U OTROS REQUISITOS QUE APLIQUEN A SUS PRODUCTOS O
SERVICIOS / STANDARDS, SPECIFICATIONS, REGULATIONS AND COMPULSORY LEGISLATION THAT APPLY
TO THE PRODUCTS/PROCESSES/SERVICES PRODUCED BY YOUR ORGANISATION:**

4. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA / DESCRIBE THE CURRENT DOCUMENTATION

5. NUMERO TOTAL DE EMPLEADOS /

NUMERO DE TURNOS /

TOTAL NUMBER OF EMPLOYEES:

NUMERO DE EMPLEADOS POR

TURNO / NUMBER OF EMPLOYEES

WORKING IN SHIFTS:

**INFORMACIÓN SOBRE PERSONAL AUTORIZADO / INFORMATION ON THE ORGANISATION'S AUTHORISED
PERSONNEL:**

CARGO / TITLE/ POSITION:

NOMBRE Y APELLIDOS / NAME & SURNAME:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL SISTEMA / NAME & SURNAME OF THE SYSTEM MANAGER

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DE GESTION / NAME & SURNAME OF THE DEPUTEE SYSTEM
MANAGER / TITLE-POSITION**

**6. FECHA DESEADA DE AUDITORIA (SE REQUIERE UN MINIMO DE 3 MESES DE IMPLANTACION / DESIRABLE
AUDIT DATE (MINIMUM 3 MONTH IMPLEMENTATION PERIOD IS REQUIRED):**

7. NOMBRE DE LA CONSULTORA / NAME OF THE CONSULTANT

TEL.:

e-mail:

**8. NOMBRE DE LA PERSONA AUORIZADA PARA LA FIRMA DE LA SOLICITUD (CONTRATO) / NAME OF PERSON
AUTHORISED TO SIGN THE APPLICATION AND OTHER RELEVANT DOCUMENTS (CONTRACT):**

CARGO / TITLE/ POSITION:

DECLARO Y CERTIFICO QUE / I HEREBY DECLARE AND CERTIFY THAT:

A) HE LEIDO Y ACEPTO LOS TERMINOS SOBRE CERTIFICACION DE SISTEMAS DE EURO CERT / I HAVE READ AND ACCEPT THE TERMS AND CONDITIONS OF EUROCERT'S REGULATION FOR MANAGEMENT SYSTEMS CERTIFICATION

B) CORRERÉ CON LOS GASTOS ASOCIADOS A LA CERTIFICACIÓN EN CASO DE ACEPTACIÓN DE LA PROPUESTA / I CONFIRM THAT I WILL COVER ALL THE COSTS ASSOCIATED WITH THE CERTIFICATION PROCEDURE

C) HE SIDO INFORMADO QUE EL INFORME DE AUDITORIA SOLO SERÁ ENTREGADO A LOS REPRESENTANTES DE LA EMPRESA Y NO A TERCERAS PARTES SIN LA AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL CLIENTE / I INFORMED THAT THE AUDIT REPORT IS DISTRIBUTED BY EUROCERT ONLY TO THE BUSINESS ORGANIZATION AND IS NOT GIVEN TO THIRD PARTIES WITHOUT THE WRITTEN AUTHORIZATION OF THE CUSTOMER.

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA
SIGNATURE / COMPANY STAMP:

9. PARA USO EXCLUSIVO DE EUROCERT - FOR EUROCERT USE ONLY

DATE RECEIVED:

CASE NUMBER:

REVIEWED BY:

APPROVED BY:

ΔΠ 6.1/E01/15-09-2008