

Κωδικός: (συμπληρώνεται από το Φορέα) **Ημερομηνία:** / / 20

Γενικά Στοιχεία Οργανισμού

Μορφή Οργανισμού: Α.Ε. Ο.Ε. Ε.Ε. Ι.Κ.Ε. Ε.Π.Ε. Άλλη:

Πλήρης Επωνυμία:

Διακριτικός Τίτλος:

Α.Φ.Μ.: **Δ.Ο.Υ.:**

Δραστηριότητες & αντίστοιχοι ΚΑΔ

Κωδικοί ΕΑ: **Κωδικοί NACE:** **Κατηγορίες (ISO/TS 22003):**

Όνοματεπώνυμο Νόμ. Εκπροσώπου:

Όνοματεπώνυμο Υπευθύνου ΣΔ:

Στοιχεία Κύριας Εγκατάστασης (Έδρας) (συμπληρώνονται ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ)

Διεύθυνση (Οδός-Αριθ., ΤΚ, Περιοχή):

Πόλη: **Νομός:**

Τηλέφωνα: **e-mail:**

Fax: **Web site:**

Εργαζόμενοι: **Σύνολο:** **Βάρδιες:** **Ανά βάρδια:** **Εποχικοί/Εκτακτοι:**

Στοιχεία Δευτερευουσών Εγκαταστάσεων (εφόσον υφίστανται)

A/A	Διεύθυνση (Οδός-Αριθμός, Περιοχή, Πόλη, Νομός)	Τηλέφωνο	Εργαζόμενοι <i>Σύνολο/Βάρδιες/Ανά βάρδια</i>
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Εγκατάσταση που αφορά η αίτηση: Κύρια Δευτερεύουσα 1 Δευτερεύουσα 2 Δευτερεύουσα 3

Στοιχεία Πιστοποίησης ΣΔ

Ημ/νία Εφαρμογής ΣΔ: / / 20

Πρότυπο Πιστοποίησης: ISO 9001 ISO/IEC 27001* HACCP Codex Alimentarius
 ISO 22000* ISO 14001 Άλλο:

Ο Οργανισμός έχει πιστοποιηθεί από το Φορέα για ΣΔ κατά το πρότυπο

Το ΣΔ του Οργανισμού είναι ολοκληρωμένο (περιλαμβάνει περισσότερα από ένα πρότυπα)

Πλήθος μελετών HACCP* (μόνο για ΣΔΑΤ κατά το πρότυπο ISO 22000):

Γραμμές Παραγωγής:
(πλήθος, περιγραφή)

Πεδίο Εφαρμογής του ΣΔ:
(αναγραφή στο πιστοποιητικό)

Στοιχεία Συμβούλου:

Στοιχεία-Δραστηριότητες Υπεργολάβων:

Συνημ. Δικαιολογητικά: Εγχειρίδιο ΣΔ Νομοθεσία Λοιπή Τεκμηρίωση*

* Στη λοιπή τεκμηρίωση ενός ΣΔΑΠ πρέπει να συμπεριλαμβάνεται και η πρόσφατη Δήλωση Εφαρμοσιμότητας (Statement of Applicability-SoA) και ενός ΣΔΑΤ η/οι μελέτη/ες HACCP, τα προαπαιτούμενα προγράμματα και η άδεια λειτουργίας του Οργανισμού

Δηλώνω ότι:

- Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι για την αξιολόγηση του ΣΔ του Οργανισμού που νόμιμα εκπροσωπώ εφαρμόζονται ο Κανονισμός Πιστοποίησης ΣΔ του Φορέα Πιστοποίησης Unicert και το αντίστοιχο του προτύπου παράρτημα.
- Δεν έχω υποβάλει αίτηση για την ίδια πιστοποίηση σε άλλο Φορέα.
- Δέχομαι να εξοφλήσω τα τέλη πιστοποίησης έγκαιρα και ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της αξιολόγησης.

Ο Νόμιμος Εκπρόσωπος (σφραγίδα-υπογραφή)

Έλεγχος Αίτησης (συμπληρώνεται από Υπεύθυνο του Φορέα Πιστοποίησης Unicert)

Ημερομηνία: __ / __ / 20__

- ⇒ Επαρκείς παρεχόμενες πληροφορίες για να διαμορφωθεί πρόγραμμα επιθεώρησης Ναι Όχι
- ⇒ Δεν υπάρχουν διαφορές στην κατανόηση μεταξύ του φορέα και πελάτη Ναι Όχι
- ⇒ Ο Φορέας έχει την επάρκεια για την διεξαγωγή της πιστοποίησης του ΣΔ..... Ναι Όχι
- ⇒ Έχουν ληφθεί υπόψη οι ιδιαιτερότητες της πιστοποίησης του ΣΔ του Οργανισμού..... Ναι Όχι

Σημειώστε τις ιδιαιτερότητες που επηρεάζουν θετικά/αρνητικά την απόφαση πιστοποίησης του ΣΔ:

- ⇒ Η ομάδα επιθεώρησης χρήζει ειδικών ικανοτήτων Ναι Όχι
- Σημειώστε τις ειδικές ικανότητες που απαιτούνται κατά την επιθεώρηση:

- ⇒ Ο αποφασίζων τη χορήγηση ή μη της πιστοποίησης χρήζει ειδικών ικανοτήτων..... Ναι Όχι
- Σημειώστε τις ειδικές ικανότητες που απαιτούνται κατά την απόφαση χορήγησης:

Απόφαση Ελέγχου της Αίτησης: Θετική Αρνητική

Επεξηγήσεις σε περίπτωση αρνητικής απόφασης:

Ο Υπεύθυνος Ελέγχου της Αίτησης
(ονοματεπώνυμο-υπογραφή)