

**Angaben zur Organisation**

<b>Firma:</b>	
<b>Handelsregister-/ Vereinsregister-Nr:</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Fax:</b>	
<b>E-Mail:</b>	
<b>Internetadresse:</b>	
<b>Ansprechpartner:</b>	

**Angebot auf Zertifizierung nach:**

AZAV *	<input type="checkbox"/>	PQ-Siegel® REHA	<input type="checkbox"/>
DIN EN ISO 9001:2015	<input type="checkbox"/>	Sonstige Zertifizierung:	

**\* Fachbereiche bei AZAV Zertifizierung:**

<b>FB 1</b> Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach §45 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch	<input type="checkbox"/>
<b>FB 2</b> Ausschließlich erfolgsbezogen vergütete Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung nach § 45 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch	<input type="checkbox"/>
<b>FB 3</b> Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung nach dem Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch	<input type="checkbox"/>
<b>FB 4</b> Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung nach dem Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch	<input type="checkbox"/>
<b>FB 5</b> Transferleistungen nach den §§ 110 und 111 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch	<input type="checkbox"/>
<b>FB 6</b> Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben nach dem Siebten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch	<input type="checkbox"/>
<b>Wurde bereits ein Antrag auf Zertifizierung nach AZAV von einer anderen Fachkundigen Stelle abgelehnt?</b>	

**Unternehmensbereich / Beschreibung des Kernprozesses/Leistungsbereich\***

\* ohne eine Beschreibung Ihres Kernprozesses /Leistungsbereiches kann kein Angebot erstellt werden!

**Geographisches Einsatzgebiet der Leistungen (Produkte/Dienstleistungen); Benennung der Leistungsempfänger (z.B. Unternehmensbranche, Zielgruppe)\***

\* ohne die Angabe des Einsatzortes und der Leistungsempfänger kann kein Angebot erstellt werden!

**Einstufung der Risikokategorie**Hoch Mittel Gering **Hohes Risiko**

Wenn ein fehlerhaftes Produkt oder eine fehlerhafte Dienstleistung eine wirtschaftliche Katastrophe verursachen kann oder davon Lebensgefahr ausgeht.

Beispiele (nicht abschließend)

Lebensmittel, Pharmazeutika, Flugzeuge, Schiffbau, tragende Bauteile, komplexe Bautätigkeiten, Ausrüstung für Elektro und Gas, medizinische- und Gesundheitsdienstleistungen, Fischfang, Kernbrennstoffe, Chemikalien, chemische Produkte und Fasern.

**Mittleres Risiko**

Wenn ein fehlerhaftes Produkt oder eine fehlerhafte Dienstleistung Verletzungen oder Krankheit verursachen kann. Beispiele (nicht abschließend):

Nicht tragende Bauteile und Strukturen, einfache Bautätigkeiten, Basismetalle und Metallzeugnisse, Nichtmetallische Produkte, Möbel, Optische Ausrüstung, Freizeiteinrichtungen und Personaldienstleistungen.

**Niedriges Risiko**

Wenn ein fehlerhaftes Produkt oder eine fehlerhafte Dienstleistung nur sehr unwahrscheinlich Verletzungen oder Krankheit verursachen kann. Beispiele (nicht abschließend):

Textilien und Bekleidung, Zellstoff, Papier und Papierprodukte, Verlagswesen, Bürodienstleistungen, Ausbildung, Einzelhandel, Hotels und Restaurants.

**Anmerkung 1:**

Grundsätzlich gilt, dass Geschäftsaktivitäten die als Niedrigrisiko eingestuft sind, eine geringere Auditzeit erfordern kann als die Standardberechnung ergibt. Aktivitäten die als mittleres Risiko eingestuft sind benötigen die Zeit, die sich aus die Standardberechnung ergibt, während Hoch Risiko Aktivitäten mehr Zeit bedürfen.

**Anmerkung 2:**

Wenn eine Organisation eine Mischung von Geschäftstätigkeiten anbietet (z.B. Hersteller von einfachen Bauprodukten – mittleres Risiko – und Brücken – Hohes Risiko) obliegt es der WELL DONE unter Berücksichtigung der Anzahl der Mitarbeiter, die in den jeweiligen Bereichen tätig sind, die korrekte Auditzeit zu ermitteln

**Personal und Standorte**

<b>Gesamtzahl der Mitarbeiter/innen:</b>	
<b>Gesamtzahl der Vollzeitbeschäftigten: (Teilzeitstellen bitte auf volle Stellen umrechnen) *</b>	
<b>Kommen Honorarkräfte / Freiberufler zum Einsatz</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Bei saisonalen Schwankungen (z.B. Landwirtschaft, Hotellerie, etc.) ist hier die Höchstzahl an Vollzeitbeschäftigten anzugeben</b>	
<b>Anzahl der Standorte **: </b>	

\* Einsatzstunden von freiberuflichen Mitarbeiter/innen sind auf Vollzeitäquivalente umzurechnen.

\*\* bei mehreren Standorten erhalten Sie eine separate Excel-Tabelle zur Angabe der Standorte.

**Sonstige Angaben:**

<b>Arbeitet Ihr Unternehmen im Schichtbetrieb?</b>	
<b>Wenn ja, in wie viel Schichten?</b>	
<b>Inwieweit unterscheiden sich die Schichten hinsichtlich der Tätigkeiten, bzw. der Prozesse?</b>	

<b>Hat Ihr Unternehmen Prozesse an andere Unternehmen ausgegliedert?</b>	
<b>Wenn ja, welche Prozesse und an wen?</b>	

<b>Wurde Ihr Unternehmen bei der Einführung des QM-Systems beraten?</b>	
<b>Wenn ja, von wem?</b>	

<b>Wünschen Sie ein optionales Voraudit?</b>	
--	--

<b>Ist Ihr Unternehmen bereits zertifiziert?</b>	
<b>Wenn ja, wonach und bei welcher Zertifizierungsgesellschaft?</b>	
<b>Wenn ja, Zeitpunkt der Erstzertifizierung?</b>	

**Wenn ja, Zertifikat gültig bis?**

	Ja	Nein
Ist eine Multi-Site-Zertifizierung vorgesehen (Stichprobenprüfung bei mehreren Standorten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, sind die Vorgaben des IAF MD 1 erfüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Organisation muss ein einziges Managementsystem haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Organisation muss ihre Zentrale angeben. Die Zentrale ist Teil der Organisation und darf nicht an eine externe Organisation ausgegliedert sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zentrale muss die organisatorische Befugnis haben, das einzige Managementsystem festzulegen, einzuführen und aufrecht zu halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das einzige Managementsystem der Organisation muss einer zentralen Managementbewertung unterliegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle Standorte müssen dem internen Auditprogramm der Organisation unterliegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zentrale hat sicherzustellen, dass Daten von allen Standorten erhoben und analysiert werden, und muss nachweisen können, dass sie in dieser Hinsicht die Befugnis und Fähigkeit zur Einleitung organisatorischer Änderungen u. a. in Bezug auf Folgendes hat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Systemdokumentation und Systemveränderungen, (ii) Managementbewertung, (iii) Beschwerden, (iv) Bewertung von Korrekturmaßnahmen, (v) Planung interner Audits und Bewertung der Ergebnisse und (vi) gesetzliche und behördliche Anforderungen die anwendbaren Normen betreffend.		
<u>Begründung für die Durchführung einer Multi-Site-Zertifizierung vorgesehen (Stichprobenprüfung bei mehreren Standorten).</u>		

Legen Sie bitte, soweit zutreffend, folgende Nachweise bei:

HR-Auszug, Gewerbeanmeldungen, rechtlich wirksame Verbindung der Zentrale zu den Standorten.

**Bemerkungen****Datum:****Unterschrift/Stempel\*:**

\_\_\_\_\_  
*[Name im Klartext, Funktion im Unternehmen]*

\* Für die Erstellung eines unverbindlichen Angebotes muss dieses Formular unterschrieben vorliegen!

Mit der Unterschrift bestätigen Sie des Weiteren, dass Sie berechtigt sind, für Ihr Unternehmen rechtsverbindlich Verträge abzuschließen.