|  |
| --- |
| **Angaben zum Zertifikat** |
| **Zertifikatstitel:** |       |
| **Zertifizierungsstelle\*:** |       |
| **Zertifikatsnummer:** |       |

\* Bitte fügen Sie eine Kopie des Zertifikates bei, wenn dieses nicht von WELL DONE ausgestellt

wurde.

|  |
| --- |
| **Persönliche Daten** |
| **Name/Vorname:** |       |
| **Geburtsdatum/****Geburtsort:** |       |
| **Tätigkeitsbereich/****Branche:** |       |
| **Straße/Hausnr.:** |       |
| **PLZ/Ort:** |       |
| **Telefon:** |       |
| **eMail:** |       |
| **Ggf. abweichende Rechnungsanschrift:** |       |
| **Voraussetzungen**  |
| **QB** | - mindestens einjährige Berufserfahrung, in qualitätsbezogener Tätigkeit, als QB bestätigt.- mindestens eintägige Fortbildung im Bereich QM, in der Neuerungen im QM-Bereich behandelt und relevante Kenntnisse aufgefrischt wurden. |
| **QM** | - mindestens einjährige Berufserfahrung, in qualitätsbezogener Tätigkeit, als QM bestätigt.- mindestens eintägige Fortbildung im Bereich QM, in der Neuerungen im QM-Bereich behandelt und relevante Kenntnisse aufgefrischt wurden. |
| **IQA** | - in den drei Jahren jährlich mindestens 1 QM-Audit (z.B. nach ISO 9001) mit nicht weniger als 1 Tag vor Ort **oder** mindestens 3 QM-Audits mit einer Dauer von mindestens 3 Tagen vor Ort gesamt durchgeführt  wurden.- mindestens eintägige Fortbildung im Bereich QM, in der Neuerungen im QM-Bereich behandelt und relevante Kenntnisse aufgefrischt wurden. |
| **QA** | - jährlich mindestens 1 externes QM-Audit (z.B. nach ISO 9001) mit nicht weniger als 2 Tagen vor Ort **oder** im Gültigkeitszeitraum mindestens  3 externe QM-Audits mit einer Dauer von mindestens 6 Tagen vor Ort gesamt durchgeführt haben. **Oder** - jährlich mindestens 2 interne  QM-Audits (z.B. nach ISO 9001) mit nicht weniger als 2 Tagen vor Ort pro  Audit, jedoch im Gültigkeitszeitraum mindestens 6 interne QM-Audits mit  einer Dauer von mindestens 12 Audittagen vor Ort gesamt durchgeführt haben.- mindestens eintägige Fortbildung im Bereich QM, in der Neuerungen im QM-Bereich behandelt und relevante Kenntnisse aufgefrischt wurden. |
| **Anlagen/Nachweise** |
| **Arbeitsnachweise:** | Ja [ ]  / Nein [ ]  Anzahl:       |
| **Schulungsnachweise:** | Ja [ ]  / Nein [ ]  Anzahl:       |
| **Auditnachweise:** | Ja [ ]  / Nein [ ]  Anzahl:       |

**Hinweis:** Die hier erhobenen persönlichen Daten bzw. übermittelten Nachweise, werden ausschließlich zur Durchführung des Zertifizierungsprozesses verwendet. Eine weitere Nutzung oder Übermittlung an Dritte findet nicht statt. Der Teilnehmer willigt jedoch ein, dass in die Daten, im Rahmen der Akkreditierung durch die DAkkS (Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH), auf Verlangen Einsicht gewährt wird.

|  |
| --- |
| **Bemerkungen** |
|       |
| **Datum:** | **Unterschrift\*:** |

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

\* Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie, dass alle in diesem Antrag gemachten Angaben zutreffend sind.

 Bitte beachten Sie, dass für eine Verlängerung Ihres Zertifikates Kosten anfallen.

 Diese belaufen sich, ab Antragsstellung 01.09.2025, auf 120,00€, netto.

 Sollte ein Zertifikat in Papierform gewünscht sein, teilen Sie uns dies bitte bei Antragsstellung mit,

 hierfür fallen zusätzlich die Kosten von 22,00€, netto, an.

 Bei unvollständigen und/oder fehlerhaften Angaben, die zu Korrekturen führen, halten wir uns das

 Recht vor eine Gebühr in Höhe von 10,00€/netto, in Rechnung zu stellen.

|  |
| --- |
| **Bearbeitungsvermerk der WELL DONE** |
| **Unterlagen vollständig /****Anforderungen erfüllt:** | Ja [ ]  / Nein [ ]        |
| **Neue Zertifikatsnummer:** |       |
| **Gültigkeit:** |       |
| **Besonderheiten:** |       |
| **Bermerkungen:** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:** | **Unterschrift:** |
|  |  |