

Na podstawie poniższych danych przygotowujemy dla Państwa ofertę na certyfikację. Jeżeli nie będą one wystarczające do opracowania oferty, to zwrócimy się do Państwa z prośbą o ich uzupełnienie. Wszystkie informacje będą traktowane poufnie. Wycena jest bezpłatna i nie zobowiązuje Państwa do skorzystania z naszych usług.

1. Informacje o organizacji wnioskodawcy

Nazwa i adres (dane rejestrowe organizacji)		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny		
Dane do korespondencji (nazwa, adres)				
NIP				
Strona www				
Numer księgi rejestrowej (dotyczy podmiotów medycznych)				
Dane kontaktowe (proszę zaznaczyć krzyżykiem osoby do kontaktu w sprawie certyfikacji oraz uzupełnić dane kontaktowe)				
<input type="checkbox"/>	Zarządzający organizacją	Stanowisko	E-mail	Telefon
<input type="checkbox"/>	Osoba odpowiedzialna za system zarządzania	Stanowisko	E-mail	Telefon
<input type="checkbox"/>	Inna osoba do kontaktu	Stanowisko	E-mail	Telefon

2. Normy(a) odniesienia

Certyfikacja systemów zarządzania na zgodność z:	<input type="checkbox"/>	ISO 9001	<input type="checkbox"/>	PN-N-18001	<input type="checkbox"/>	ISO 50001
	<input type="checkbox"/>	ISO 14001	<input type="checkbox"/>	BS OHSAS 18001	<input type="checkbox"/>	ISO 22301
	<input type="checkbox"/>	ISO 27001	<input type="checkbox"/>	ISO 45001	<input type="checkbox"/>	ISO 13485
	<input type="checkbox"/>	ISO 22000	<input type="checkbox"/>	HACCP	<input type="checkbox"/>	
Integracja systemów	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK: proszę wymienić		
Czy system zarządzania został już certyfikowany przez inną jednostkę certyfikującą?						
<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK (proszę załączyć ksero/ skan certyfikatu)	data pierwszej certyfikacji	2003r	
				ważność certyfikatu / data	01.04.2019	
Kiedy Państwa system wchodzi / wszedł w życie				2003		

3. Szczegółowe dane dotyczące organizacji.

Liczba lokalizacji, które będą podlegać certyfikacji (łącznie z lokalizacją, w której znajduje się funkcja centralna*):	1	
Nazwa i adres Oddziału(ów) z funkcją centralną:	nie dotyczy	
Nazwa i adres Oddziału 2**		
Nazwa i adres Oddziału 3		
Nazwa i adres Oddziału 4		
Nazwa i adres Oddziału 5		
Nazwa i adres Oddziału 6		
Nazwa i adres Oddziału 7		
Nazwa i adres Oddziału 8		
Czy cała organizacja będzie podlegać certyfikacji?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE, Proszę podać obszar/ry organizacji podlegające certyfikacji:
cała organizacja		
Czy wykonują Państwo działalność w oddziałach tymczasowych?***	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, Proszę podać adresy oddziałów tymczasowych
nie		
Zakres certyfikacji o jaki ubiega się organizacja z podaniem podzakresów w poszczególnych oddziałach, jeśli zakresy te są różne****		

W przypadku większej liczby oddziałów (powyżej 6) proszę użyć dodatkowo osobnego formularza „Dodatkowe lokalizacje”:

Liczba pracowników	Funkcja centralna	Oddział 2	Oddział 3	Oddział 4	Oddział 5	Oddział 6	Oddział 7	Oddział 8
Liczba całkowita pracowników (łącznie na wszystkich zmianach, również z uwzględnieniem pracowników niepełno-etatowych, kontraktowych, itd.):	1267							
Liczba pracowników w przeliczeniu na pełne etaty (łącznie na wszystkich zmianach, również z uwzględnieniem pracowników kontraktowych):	1267							
Liczba zmian:	7-19, 19-7							
Pomocnicy (uczniowie, stażyści, pracownicy przyuczani do wykonywania czynności):	-							
Pracownicy tymczasowi (nisko wykwalifikowani, wykonujący zautomatyzowane procesy):	-							
Pracownicy wykonujący powtarzalne procesy (pracownicy transportu, handlowcy, pracownicy call center, personel sprzątający, pracownicy ochrony, pracownicy wykonujący operacje taśmowe itp.):	-							
Podwykonawcy*****	sprzątanie , żywienie , pranie , transport							
Czy na wszystkich zmianach wykonywane są podobne czynności (dotyczy pracy zmianowej)?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE, Proszę opisać krótko zakres prac na poszczególnych zmianach:						
tak								

4. Działalność firmy

Branża/PKD	świadczenia medyczne w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym
Wytwarzane wyroby	nie dotyczy
Realizowane usługi	usługi medyczne
Identyfikacja procesów w organizacji (dołączyć „Mapę procesów” jako załącznik Nr 1 lub opisać)	Szpital przekaże w przypadku wyboru oferty
Funkcje i powiązania organizacyjne (dołączyć Strukturę organizacyjną jako załącznik Nr 2)	do wglądu na stronie internetowej szpitala, dokumentacja do udostępnienia po ewentualnym wyborze firmy
Wymagania prawne związane z realizacją wyrobów/ usług (wypisać lub dołączyć wykaz jako załącznik Nr 3)	ustawy i rozporządzenia dotyczące działalności szpitala
Identyfikacja znaczących aspektów środowiskowych oraz wszelkich obowiązków prawnych wynikających z ochrony środowiska (dotyczy EMS, EMAS, wypisać lub dołączyć wykaz jako załącznik Nr 4)	-
Identyfikacja znaczących ryzyk, materiałów niebezpiecznych wykorzystywanych w procesach oraz wszelkich obowiązków prawnych wynikających z mających zastosowanie przepisów BHP (dotyczy SZ BHP, wypisać lub dołączyć wykaz jako załącznik Nr 5)	-
Czy są procesy, które zlecają Państwo na zewnątrz (np. zakupy, sprzedaż, wykończenie wyrobów)?	
<input type="checkbox"/> TAK: proszę wymienić	<input type="checkbox"/> NIE
nie	
Czy któreś wymagania normy ISO 9001 nie mają zastosowania w Państwa systemie zarządzania?	
<input type="checkbox"/> TAK: jakie? Proszę podać	<input type="checkbox"/> NIE

5. Redukcja czasu trwania auditu

Proszę wypełnić tylko w przypadku certyfikacji systemów zintegrowanych (np., ISO 9001/ISO 14001/PN-N 18001). Poniższe informacje pozwolą nam na zredukowanie czasu trwania auditu.

Kryterium:	Zintegrowany/a?	
	TAK	NIE
1. Księga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Procedury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Opisy procesów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Polityka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dokumentacja systemowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Identyfikacja wymagań prawnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Przeglądy zarządzania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cele / programy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pełnomocnik/osoba odp. za SZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Audyty wew. / audytorzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Zarządzanie doskonaleniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Zarządzania działaniami korygującymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proponowany termin realizacji auditu:	wg zaopisów SIWS
---------------------------------------	------------------

Czy korzystali Państwo z usług doradczych przy wdrożeniu systemu zarządzania?	
<input type="checkbox"/> TAK: proszę podać nazwę firmy oraz imię i nazwisko osoby wdrażającej	<input type="checkbox"/> NIE

Data, [Kliknij aby wprowadzić datę.](#)

Podpis i pieczęć przedstawiciela organizacji: _____

Słownik:

Termin	Definicja
* Funkcja centralna	Lokalizacja (oddział), odpowiedzialna za system zarządzania i sprawująca nadzór nad tym systemem zarządzania
** Oddział	Lokalizacja (fizyczna lub wirtualna), w której organizacja wykonuje prace lub świadczy usługi.
*** Oddział tymczasowy	Oddział (fizyczny lub wirtualny), w którym organizacja wykonuje określone prace lub z którego świadczy usługi w ograniczonym okresie czasu, a który nie jest przeznaczony do przekształcenia w oddział stały, np. plac budowy w organizacji z branży budowlanej.
Oddział wirtualny	Lokalizacja wirtualna, w której organizacja wykonuje prace lub świadczy usługi korzystając ze środowiska sieciowego umożliwiającego realizację procesów przez osoby z różnych fizycznych lokalizacji (<i>w przypadku, gdy procesy muszą być realizowane w środowisku fizycznym, np. składowanie, instalacja, naprawy, to oddział nie jest traktowany jako wirtualny</i>).
**** Zakres certyfikacji	Zakres świadczonych usług, który podlega certyfikacji; jest to zakres, który miałby docelowo pojawić się na certyfikacie. W przypadku Podmiotów medycznych należy wpisywać zakres na podstawie Księgi Rejestrowej Podmiotu Medycznego.
***** Podwykonawca	Firma wykonująca pracę na zlecenie, przy czym nie jest to personel zatrudniony na podstawie kontraktu/ umowy o współpracy. Przykłady: - firma, której zlecamy wykończenie wyrobu, np. lakierowanie; - laboratorium diagnostyczne wykonujące badania na zlecenie przychodni; - wykonawca protez na zlecenie gabinetu ortodontycznego.
Podzakres certyfikacji	Zakres pojedynczego oddziału
Certyfikacja	W systemie EMAS równoznaczna z weryfikacją i walidacją.