|  |  |
| --- | --- |
|  | **В ОРГАН ПО СЕРТИФИКАЦИИ**  продукции, услуг и систем менеджмента Федерального бюджетного учреждения «Государственный региональный центр стандартизации, метрологии и испытаний в Оренбургской области».  наименование органа по сертификации  Адрес места нахождения: 460021, РОССИЯ, Оренбургская область, город Оренбург, улица 60 лет Октября, дом № 2 "Б". Телефон +73532333105, +73532333182, адрес электронной почты orencert@yandex.ru.  юридический адрес  Аттестат аккредитации RA.RU.11АБ04 от 14.08.2015 выдан Федеральной службой по аккредитации. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ЗАЯВКА** |  |

**на проведение сертификации (ресертификации)системы менеджмента**

наименование организации

Адрес места нахождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**в лице**

должность, фамилия, имя, отчество руководителя

**просит провести сертификацию системы менеджмента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ применительно к**

область применения СМ

**на соответствие требованиям стандарта**

**Данные о внедрении системы менеджмента**

номер и дата распорядительного документа

**Данные о сертификате соответствия системы менеджмента**

наименование системы сертификации,

наименование органа по сертификации систем менеджмента,

номер и дата выдачи сертификата

**Численность персонала, работающего в организации-заказчике**

**Сведения о производственных площадках, на которые распространяется СМ**

-

наименование производственных площадок, их адреса и численность персонала

**Дополнительные сведения:**

фактический адрес организации-заказчика (если он не совпадает с юридическим адресом)

информация о привлечении консалтинговой организации при разработке СМ

**Предпочтительный срок проведения сертификации**

**Заказчик (заявитель) обязуется:**

- выполнять условия Системы сертификации;

- оплатить все расходы по сертификации системы менеджмента и инспекционному контролю;

- предоставлять всю необходимую информацию для проведения аудитов системы менеджмента.

**Приложения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Руководитель организации**

**или индивидуальный предприниматель**

~~.~~

подпись инициалы, фамилия

**Главный бухгалтер**

~~.~~

подпись инициалы, фамилия

**М.П.** **Дата:**