

Kurzanfrage zur Erstellung eines kostenlosen und unverbindlichen Angebotes

Firma/Organisation	
Straße	
PLZ	
Ort	
Kundennummer	(wird ggf. von Kiwa ZERTPUNKT nachgetragen)

Tel./Fax	Festnetz		Fax	
AnsprechpartnerIn			Funktion im Unternehmen	
E-Mailadresse-AnsprechpartnerIn				
Tel./Faxnummer AnsprechpartnerIn				
Kiwa ZERTPUNKT- Newsletterverteiler (Namen bzw. Mailadresse eintragen)				

Vertretungsberechtigte/r			
QMB			
Rechtsform des Unternehmens			
HRB-Nr.		Umsatzsteuer-ID	

Normengrundlage der gewünschten Zertifizierung *)	<input type="checkbox"/> DIN EN ISO 9001:2015 <input type="checkbox"/> DIN EN ISO 9001 in Verbindung mit MAAS-BGW <input type="checkbox"/> AZAV Trägerzulassung <input type="checkbox"/> FB1 <input type="checkbox"/> FB2 <input type="checkbox"/> FB3 <input type="checkbox"/> FB4 <input type="checkbox"/> FB5 <input type="checkbox"/> FB6 bitte Seite 2 beachten und ausfüllen
Status der Zertifizierung	<input type="checkbox"/> Erstzertifizierung / Erstzulassung <input type="checkbox"/> Überwachung <input type="checkbox"/> Rezertifizierung / Erneute Trägerzulassung

bei mehreren Standorten <u>bitte gesonderte Standortliste ausfüllen</u>		
Wird eine Multi-Site-Zertifizierung beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bitte die Checkliste Eignung Multi-Site-Verfahren ausfüllen.

Gilt nur für die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001	
Tätigkeit des Unternehmens / Geltungsbereich des Zertifikates	
Branche	
scope	siehe Liste der scopes
Nichtzutreffende Normanforderungen DIN EN ISO 9001:2015 (bitte benennen und begründen)	
Ausgegliederte Prozesse	

Nur auszufüllen bei AZAV – Zulassung

AZAV Trägerzulassung / Fachbereiche gemäß SGB III, AZAV § 5 (1)	
FB 1	<input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 des SGB III <input type="checkbox"/> für alle Standorte <input type="checkbox"/> für Standort Nr. _____ lt. Standortliste
FB 2	<input type="checkbox"/> ausschließlich erfolgsbezogen vergütete Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung nach § 45 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 des SGB III <input type="checkbox"/> für alle Standorte <input type="checkbox"/> für Standort Nr. _____ lt. Standortliste Für die Beantragung dieses Fachbereiches müssen Sie uns eine Gewerbeanmeldung zur privaten Arbeitsvermittlung vorlegen.
FB 3	<input type="checkbox"/> Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung nach dem Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB III <input type="checkbox"/> für alle Standorte <input type="checkbox"/> für Standort Nr. _____ lt. Standortliste
FB 4	<input type="checkbox"/> Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung nach dem Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB III <input type="checkbox"/> für alle Standorte <input type="checkbox"/> für Standort Nr. _____ lt. Standortliste
FB 5	<input type="checkbox"/> Transferleistungen nach den §§ 110 und 111 des SGB III <input type="checkbox"/> für alle Standorte <input type="checkbox"/> für Standort Nr. _____ lt. Standortliste
FB 6	<input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben nach dem Siebten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB III <input type="checkbox"/> für alle Standorte <input type="checkbox"/> für Standort Nr. _____ lt. Standortliste

Kiwa ZERTPUNKT GmbH, Kurparkallee 1, 23843 Bad Oldesloe
Tel: 04531 88099-0 **Fax:** 04531 88099-32, **E-Mail:** de.info.zertpunkt@kiwa.com

Anzahl der Mitarbeitenden im zertifizierten Geltungsbereich		
Vollzeit		
Teilzeit		
Anzahl Honorarkräfte		
Summe	<p>_____</p> <p>Bitte geben Sie die auf Vollzeitäquivalenz umgerechnete Anzahl der Mitarbeitenden an. Teilzeitkräfte sowie Honorarkräfte werden nach Anzahl der Arbeitsstunden/Woche in Vollzeitäquivalente umgerechnet. Zum Beispiel: 20h/ Woche Teilzeitmitarbeitende = 0,5 Vollzeitmitarbeitende.</p>	
Davon Anzahl der Mitarbeitenden im Schichtdienst		Schichtzeiten
<p>Bisherige Zertifizierungen und Zertifizierungsverfahren Norm:</p> <p>Wurde bereits bei einer anderen Zertifizierungsstelle bzw. fachkundigen Stelle eine Zertifizierung/Trägerzulassung beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bezeichnung der Stelle: _____ Norm: _____</p> <p>Wurde bereits bei einer anderen Gesellschaft ein Zertifizierungsantrag abgelehnt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bezeichnung der Stelle: _____ Norm: _____</p>		
Gfg. BeraterIn der Organisation bei der Einführung des QM-Systems innerhalb der letzten zwei Jahre:		<p>Mitglied im Paritätischen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Mitgliedsnummer angeben</p> <p>BGW-Mitglied <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Mitgliedsnummer angeben</p>
Sind für das Audit spezielle Sicherheitsvorkehrungen nötig?		
Sind spezielle Risiken zu beachten?		
Sind Sie bereits bei einer anderen Zertifizierungsgesellschaft zertifiziert und planen, zur Kiwa ZERTPUNKT GmbH zu wechseln?	<input type="checkbox"/> nein (Zutreffendes bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, Auditdatum der Erstzertifizierung und der letzten Rezertifizierung		
Gültigkeitsdauer Zertifikat		

Zertifizierung geplant für Monat: _____ Jahr _____

Wir wünschen ein Infogespräch: