

<b>Instytut Spawalnictwa Ośrodek Certyfikacji</b>	
<b>Certyfikacja procesów spawania Wniosek o certyfikację procesów spawania</b>	<b>Strona 1 / 2</b>

Numer rejestracyjny ..... Data wpłynięcia wniosku .....  
(wypełnia Ośrodek Certyfikacji) (wypełnia Ośrodek Certyfikacji)

**Wnioskodawca:**

Nazwa:

.....  
 .....

Ulica ..... Kod / Miejscowość .....

Status prawny:.....

Nr NIP dla płatników VAT:..... REGON:.....

Nr KSR:..... Kapitał zakładowy:

.....

Nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej do kontaktów z Ośrodkiem Certyfikacji i  
 podpisywania dokumentów związanych z certyfikacją: .....

Adres osoby upoważnionej: .....

Telefon: ..... Fax: ..... e-mail: .....

**Złożenie Wniosku:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy   | <input type="checkbox"/> powtórne, o wznowienie ważności certyfikatu                    |
| <input type="checkbox"/> powtórne, o rozszerzenie zakresu                                |   |
| <input type="checkbox"/> powtórne, o odnowienie ważności certyfikatu, bez zmiany zakresu | <input type="checkbox"/> powtórne, o odnowienie ważności certyfikatu, ze zmianą zakresu |

**Obszar działania podlegający certyfikacji \*:**

- całe przedsiębiorstwo
- wybrany zakład/wydział przedsiębiorstwa.....
- .....

**Rodzaj działalności, w której wykorzystywane są zgłaszane do certyfikacji procesy spawania ( według Polskiej Klasyfikacji Działalności):**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

<b>Instytut Spawalnictwa Ośrodek Certyfikacji</b>	
<b>Certyfikacja procesów spawania Wniosek o certyfikację procesów spawania</b>	<b>Strona 2 / 2</b>

**Norma / normy będące podstawą certyfikacji \*:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Norma PN - EN ISO 3834-2:2007 | <input type="checkbox"/> Norma EN ISO 3834-2:2005 |
| <input type="checkbox"/> Norma PN - EN ISO 3834-3:2007 | <input type="checkbox"/> Norma EN ISO 3834-3:2005 |
| <input type="checkbox"/> Norma PN - EN ISO 3834-4:2007 | <input type="checkbox"/> Norma EN ISO 3834-4:2005 |

**Struktura organizacyjna:**

Liczba oddziałów zamiejscowych: ....., Ilość zmian produkcyjnych: .....

Stan zatrudnienia: ogółem: ....., w obszarze objętym certyfikacją:

....., w tym w: działach projektowych:....., w działach techn. przygotow.  
produkcji i logistyce: ....., w wydz. produkcyjnych:....., w działach zapewnienia  
jakości i kontroli: .....

**Rodzaj auditu\*:**

- |  |                           |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wizytacja wstępna (na życzenie) | Proponowany termin: ..... |
| <input type="checkbox"/> Audit wstępny (na życzenie)     | Proponowany termin: ..... |
| <input type="checkbox"/> Audit certyfikujący             | Proponowany termin: ..... |
| <input type="checkbox"/> Audit odnawiający               | Proponowany termin: ..... |

**Wyrażamy zgodę na spełnienie wymagań certyfikacyjnych oraz na dostarczenie  
wszelkich informacji niezbędnych do oceny.**

.....  
(Miejscowość)

.....  
(Data)

.....  
(podpis Osoby upoważnionej do kontaktów  
z Ośrodkiem Certyfikacji)

.....  
(Dyrektor)  
(pieczęć i podpis)