

# 认 证 申 请 书

## Certification Application

申请方：\_\_\_\_\_

北京博业众诚认证服务有限公司

## 一. 基本信息

### 申请组织基本情况调查表

组织名称(与营业执照一致)				法人代表	
注册资本		社会统一信用代码号			
通信地址				邮政编码	
生产/经营地址				邮政编码	
注册地址(与营业执照一致)				邮政编码	
资质种类及等级					
联系方式:		办公电话:		传 真:	
职务	姓名	手 机	座机	邮箱/QQ	
总 经 理					
管理体系负责人					
总工程师					
体系负责人					
母公司或上级主管机关	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有 名称: _			

## 二. 申请认证基本信息

1. 申请的认证标准、认证类型、认可标识及证书数量: (选项: 请在所选择项目前用“×”表示)

认证标准	认证类型	证书副本(另收费)
<input type="checkbox"/> 质量管理体系 GB/T19001-2016/ISO9001:2015 <input type="checkbox"/> GB/T50430-2017	<input type="checkbox"/> 初次认证; <input type="checkbox"/> 再认证; <input type="checkbox"/> 证书转版;	中文__张; 英文__张; ____文副本__张
<input type="checkbox"/> 环境管理体 GBT24001-2016/ISO14001:2015	<input type="checkbox"/> 初次认证; <input type="checkbox"/> 再认证; <input type="checkbox"/> 证书转版;	中文__张; 英文__张; ____文副本__张
<input type="checkbox"/> 职业健康安全管理体系 GB/T45001-2020/ISO45001:2018	<input type="checkbox"/> 初次认证; <input type="checkbox"/> 再认证; <input type="checkbox"/> 证书转版;	中文__张; 英文__张; ____文副本__张

2. 管理体系的建立和运行情况:

- 1) 管理体系开始实施时间: \_\_\_\_\_, 内审时间\_\_\_\_\_, 管理评审时间: \_\_\_\_\_;
- 2) 质量管理体系 GB/T19001-2016/ISO9001:2015 标准不适用内容或条款及其说明: \_\_\_\_\_;
- 3) 组织聘请的咨询机构(如有): \_\_\_\_\_, 咨询人员: \_\_\_\_\_;
- 4) 希望的审核日期: \_\_\_\_\_;

3. 管理体系覆盖的总人数 \_\_\_\_\_人, 其中:

是否有倒班,  否  是, 倒班人数\_\_\_\_\_; 非倒班人数\_\_\_\_\_. 其他需说明的情况:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_。

注: 工程建设施工组织等有临时场所时, 应在审核方案策划前提供《管理体系审核临时场所调查表(表三)》。

4. 管理体系覆盖范围(注: 产品、服务以及活动过程, 不应超出营业执照和行政许可要求):

\_\_\_\_\_

5. 经营地址(具有多个经营或生产地址时, 应分别填写生产或经营地址以及在该地址从事的主要活动, 见《管理体系审核固定场所调查表》(表二)):

6. 有无外包过程:  无  有, 外包过程: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_。

7. 对认证机构或认证人员是否有特殊危险区域或限制要求  否  是 请填写: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_。

8. 是否具有保密和敏感信息  否  是, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_。

9. 申请再认证组织请填写:

- 1) 体系文件是否发生变化  是;  否;
- 2) 组织机构是否发生变化  是;  否;
- 3) 组织人数是否发生变化  是;  否;

10. 申请认证证书转换认证机构的组织请填写:

- 1) 最后一次审核的类型:  初审;  第\_\_次监督;  第\_\_次再认证;  其他;
- 2) 最后一次审核的日期: \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日;
- 3) 认证证书有效期: \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

- 4) 原发证机构名称: \_\_\_\_\_;
- 5) 转换认证机构的理由: \_\_\_\_\_;
- 6) 管理体系运行现状: \_\_\_\_\_。

### 三. 申请人声明

我方已收到北京博业众诚认证服务有限公司（以下简称 BYZC）提供的有关管理体系认证方面的公开文件，已了解认证收费标准、公正性要求、认可业务范围、申请认证的条件和认证的一般流程等内容。

我方愿意遵守认证要求，提供申请认证所需要的信息和所要求的资料，并承诺提供的信息和资料真实有效。

我方申请认证的管理体系已经运行了三个月，并保持有运行记录，已具备现场审核的条件。

认证申请组织代表（签字）: \_\_\_\_\_ 职务: \_\_\_\_\_

认证申请组织（盖章）: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

## 认证申请提交资料清单

基本资料	<input type="checkbox"/> 法律地位证明文件（如组织法人营业执照、事业单位法人代码证书、社团法人登记证等），社会统一信用代码/组织机构代码。适用时，应提交分支机构的营业执照、社会统一信用代码/组织机构代码证复印件； <input type="checkbox"/> 资质证书、产品（安全）生产许可证、强制性产品认证证书、安全生产许可证等涉及法律法规规定的行政许可的须提交相应的行政许可证件复印件； <input type="checkbox"/> 组织简介、组织机构图、人员情况、申请认证产品的生产/加工/服务工艺流程图（应明确说明关键过程和特殊过程）； <input type="checkbox"/> 管理体系文件或（和）标准要求保持的形成文件的信息； <input type="checkbox"/> 关于认证活动的限制条件（如出于安全和/或保密等原因，存在时）； <input type="checkbox"/> 附表一：见《管理体系获证组织信息确认表/信息快报》 <input type="checkbox"/> 附表二：见《管理体系审核固定场所调查表》； <input type="checkbox"/> 附表三：如工程建设施工组织在建项目清单，见《管理体系审核临时场所调查表》。 <input type="checkbox"/> 附表四：多个分支申请获得子证书时，第二个及以上组织的相关信息登记表，见《管理体系覆盖的分支机构子证书信息登记表》；
质量管理体系 （含 GB/50430）	<input type="checkbox"/> 与产品/服务有关的技术标准、质量标准清单包括强制性标准清单（包括标准名称、标准发布编号、有效状态） <input type="checkbox"/> 作业文件或作业文件清单（适用于工程建设施工组织）。
环境管理体系认证	<input type="checkbox"/> 厂区平面图（包括：污染物排放点分布图）； <input type="checkbox"/> 排污许可证（需要时）； <input type="checkbox"/> 环评竣工验收报告批复或环评报告书/报告表/登记表批复（必要时）； <input type="checkbox"/> 环境因素及重大环境因素清单（对应至每一职责部门或运行活动单元、涵盖三种状态和三种时态）； <input type="checkbox"/> 国家及行业适用的法律、法规和强制性标准清单（名称、编号、发布版本 / 时间）。
职业健康安全管理体系	<input type="checkbox"/> 厂区平面图； <input type="checkbox"/> 安全生产许可证（需要时）； <input type="checkbox"/> 危险源及重大危险源清单（对应至每一职责部门或运行活动单元、涵盖三种状态和三种时态）； <input type="checkbox"/> 国家及行业适用的法律、法规和强制性标准（名称、编号、发布版本 / 时间）清单。
申请认证证书转换认证机构的组织补充资料	<input type="checkbox"/> 转换机构声明； <input type="checkbox"/> 已认可的认证证书； <input type="checkbox"/> 上一次审核（初审/再认证）报告及随后的监督报告和审核中的不符合项报告单及采取纠正措施关闭情况的证实性资料； <input type="checkbox"/> 收到的投诉及采取的措施情况；（存在时）
注：1. 请在提供的资料前打“×”。 2. 扩项申请时，需提供因扩项而增加或变化的部分、有时限要求的证明性文件。	

**注：**申请组织所提供的上述各类证明文件（包括营业执照、社会统一信用代码号、资质证书、许可证、3C证书等）的复印件均应是在原件上复印的，并加盖组织公章认可其与原件一致。

管理体系获证组织信息确认表/信息快报（表一）

No.	受审核方管理体系最新及变更信息	是/否	若组织确认信息变更需向 BYZC 提供	备注
1	管理体系文件是否有变更（初次认证企业填写管管理体系负责人理体系文件版本即可）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	新版管理体系文件，版本：_____，换版原因是： <input type="checkbox"/> 文字或版面修订 <input type="checkbox"/> 管理体系要求重大变化 <input type="checkbox"/> 其它（请注明）_____	注②
2	证书某项获证范围是否因营业或许可、能力权限不再承诺认证而缩小	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	提交书面报告，通过 BYZC 评审，缩小认证范围、换发证书。	注②
3	是否有重大质量事故、安全事故、环境污染事故或严重相关方投诉	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	提交书面报告、调查结果。	注②
4	是否有相关方重大投诉、行政管理处罚和影响较大的媒体负面报道情况	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	提交书面报告、调查结果。	注②
5	组织对管理体系和过程是否作了重大更改（如法律地位、组织结构、所有权、关键工艺设备和产品范围）而影响其活动与运行	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	提交书面报告并经 BYZC 评审，以策划审核方案。	注②
6	组织营业执照、资质证书和安全生产许可证等是否处于非正常有效状态	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	提交书面报告并经 BYZC 评审，以确定认证证书的使用状态。	注②
7	企业名称、法人是否变更	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	报变更后公章印、营业执照、工商变更记录。	
8	管理体系负责人、总部办公地址及邮编、联系人、电话、传真等是否变更	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	提交书面变更信息。	
9	组织机构和总部职能部门是否变更，固定多场所或分支机构是否增加、关闭或合并	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	报送变更后体系过程要素职能分配表和机构图，并注明变更部门；在表二备注中注明增加合并的分场所、并填写关闭或被合并的分场所。	
10	体系覆盖组织员工数量变化是否多出认证合同申请数量的 50%以上	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	本次审核前须与 BYZC 签订补充合同，审核员时间 3000 元/每增一人日。	
11	有无认证范围变更（增加合同申请范围中证书未给予的产品范围、或对证书范围描述性修饰）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	提交书面说明并经 BYZC 评审，若增加产品范围时在表二或表三中应提供相应的运作现场。	
12	认证范围是否需扩大	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	需立即与 BYZC 签订补充合同，经现场审核以确定换发证书。	

注：① 组织应保证提供信息的真实性，否则承担相应责任和后果。

② 组织若出现 No.1-6 项最新或变更信息时应随时报送信息快报表。

③ 信息确认表在监督或证书周期前二个月时应速报北京博业众诚认证服务有限公司以便现场审核的顺利进行，信息确认表不必重复已报送 No.1-6 项信息（若有新的变化且未报送时除外）。

机构联系人：林之华

联系电话：13552043635

联系地址：北京市昌平区振兴路 10 号 1 号楼(创客梦工厂)5 层 327 室

E-mail: 3752242@qq.com

受审核方填报人或管理体系负责人：\_\_\_\_\_

填报日期：\_\_\_\_\_

管理体系审核固定场所调查表（表二）

受审核方名称：

序号	固定场所名称	产品/服务/ 活动范围	地址	邮编	与总部 距离(km)	与总部 关系	有效 人数	联系人	电话及传真	是否要求 颁发子证书
1	总部									
2	分支 1									
3	分支 2									
4	分支 3									
5	...									

注：① 固定场所包括：公司总部、分公司、加工厂、固定不变的工作现场等；表中如填不下，请另附表或提供资料，如尚未进行内审请注明。

② 组织应保证提供信息的真实性，否则承担相应责任和后果。

③ 组织收到调查表后请速报北京博业众诚认证服务有限公司审核管理部以便现场审核的顺利进行。

机构联系人：林之华

联系电话：13552043635

联系地址：北京市昌平区振兴路 10 号 1 号楼(创客梦工厂)5 层 327 室

E-mail: 3752242@qq.com

受审核方填报人或管理体系负责人：\_\_\_\_\_

填报日期：\_\_\_\_\_

管理体系审核临时场所调查表（表三）

受审核方名称：

序号	临时场所名称	产品、活动/过程服务	结构类型	施工面积或工作量	形象进度	近一年竣工项目	地点 项目与总部距离 (km)	有无夜班 (EMS 适用)	是否在敏感区 (EMS 适用)	项目部人数	
										自有	分包
1											
2											
3											
4											
5											

注：① 临时场所指工程施工现场、临时服务区域，包括流动的业务服务等。表中如填不下，请另附表或提供资料。

② 组织应保证提供信息的真实性，否则承担相应责任和后果。

③ 组织收到调查表后请速报北京博业众诚认证服务有限公司审核管理部以便现场审核的顺利进行。

机构联系人：林之华

联系电话：13552043635

联系地址：北京市昌平区振兴路 10 号 1 号楼(创客梦工厂)5 层 327 室

E-mail: 3752242@qq.com

受审核方填报人或管理体系负责人：\_\_\_\_\_

填报日期：\_\_\_\_\_



## 管理体系覆盖的分支机构子证书信息登记表（表四）

受审核方名称（盖章）：

分支机构名称	组织机构代码证编号	注册地址	生产或经营地址	认证标准	产品覆盖范围	人数	子证书（另收费）
							中文__张 英文__张 ____文副本__张
							中文__张 英文__张 ____文副本__张
							中文__张 英文__张 ____文副本__张
							中文__张 英文__张 ____文副本__张
							中文__张 英文__张 ____文副本__张
							中文__张 英文__张 ____文副本__张
							中文__张 英文__张 ____文副本__张

**说明：**

1. 本表收集组织希望获得的子证书的有关基本信息，无分支机构或分支机构不要求获取子证书的组织不适用此表。
2. 子证书的制作需根据审核组在现场结论，填写《组织管理体系认证证书内容确认表》进行确认。

## 转换认证机构的声明

组织名称			
转出机构			
转入机构			
转出证书类型	<input type="checkbox"/> QMS <input type="checkbox"/> EMS <input type="checkbox"/> OHSAS		
转出证书编号	<b>QMS:</b> <b>EMS:</b> <b>OHSAS:</b>		
转换类型	<input type="checkbox"/> 再认证转换 <input type="checkbox"/> 复评转换 <input type="checkbox"/> 监督转换		
原认证人数		原认证合同金额	
声明内容：			
法定代表人签字：  日期： 年 月 日		（单位公章）	

# 认 证 申 请