

## WNIOSEK O CERTYFIKACJĘ PRODUKTÓW QAFP

*Zgodnie z programem certyfikacji - PC06*

### W ZAKRESIE ZESZYTU BRANŻOWEGO: WĘDLINY

	<b>Wnioskodawca:</b>
Nazwa .....	Przedstawiciel wnioskodawcy .....
Adres .....	Telefon .....
Gmina .....	E-mail .....
Kod i poczta .....	.....
Województwo .....	.....

NIP <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	REGON <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
KRS, a w przypadku jednoosobowej działalności gospodarczej PESEL <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	

Zakres certyfikacji:	Liczba lokalizacji:	Dane dotyczące zakładu/lokalizacji*:	
<input type="checkbox"/> Produkcja wędlin		Nazwa:	
		Adres:	
		Osoba odpowiedzialna za kontakt:	
<input type="checkbox"/> Transport wyrobu gotowego		Nazwa:	
		Adres:	
		Osoba odpowiedzialna za kontakt:	
<input type="checkbox"/> Dystrybucja (sklepy, sieci, hurtownie)		Nazwa:	
		Adres:	
		Osoba odpowiedzialna za kontakt:	

\* W przypadku więcej niż jednej lokalizacji prosimy o przesłanie danych (nazwa, adres, osoba do kontaktu, zakres certyfikacji) w formie załącznika do wniosku.

<b>Nazwy wędlin zgłaszanych do certyfikacji oraz szacunkowa wielkość produkcji w skali rocznej (w tonach).</b>

**ZAŁĄCZNIKI**

- |    |  |                          |
|----|--|--------------------------|
| 1. | Dane identyfikujące zakład/lokalizację .....   | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Kopia wypisu z KRS lub kopia wypisu z działalności gospodarczej .....  | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Kopia decyzji o nadaniu numeru NIP .....   | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Opisu zasad produkcji, przetwarzania, obrotu produktów w zakresie Systemu QAFP .....   | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Wyniki badań wyrobów zgłoszonych do certyfikacji potwierdzających spełnienie wymagań Systemu QAFP, gdy wymaga tego program certyfikacji..... | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Informacje dotyczące podzlecanych procesów, które mogą oddziaływać na zgodność certyfikowanych wyrobów z wymaganiami .....                   | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Inne (proszę wymienić jakie): .....  | <input type="checkbox"/> |

Wniosek należy złożyć lub przestać wraz z załącznikami do BC COBICO. Informacje w zakresie kompletacji dokumentów, badań, przepisów prawnych i innych informacji udzielają pracownicy BC COBICO tel. (012) 632-35-71 i są również dostępne na naszej stronie internetowej: [www.cobico.pl](http://www.cobico.pl)

W oparciu o cennik opłat BC COBICO oświadczam, że opłata za prace związane z przeprowadzonym procesem certyfikacji od Wnioskodawcy zostanie uiszczona na konto COBICO sp. z o.o. (Konto: Alior Bank SA nr 24 2490 0005 0000 4530 6970 3656).

- Zobowiązuję się do przestrzegania wymagań systemu QAFP, a w razie ich udokumentowanego naruszenia - do podporządkowania się nałożonym sankcjom.
- W trakcie kontroli zobowiązuję się do udostępnienia wszystkich części zakładu oraz prowadzonej dokumentacji, jak również do udzielenia wszelkiej pomocy w przeprowadzeniu auditu.
- Wyrażam zgodę na udział w inspekcji obserwatorów (przedstawiciele PCA, właściciela programu certyfikacji, organów nadzoru).
- BC COBICO jest odpowiedzialne za zachowanie poufności przez osoby działające w jego imieniu odnośnie informacji, z jakimi zapoznali się w związku z realizacją procesu certyfikacji.
- Wnioskodawca ma prawo do wglądu i poprawiania swoich danych osobowych, których administratorem jest COBICO Sp. z o.o. (Administrator).

**Oświadczenia - dotyczy osób fizycznych:**

Dane osobowe Klienta są przetwarzane przez Administratora:

- w celu podjęcia działań przed zawarciem umowy oraz w celu realizacji umowy (prowadzenia procesu certyfikacji),
- w pozostałych celach związanych z prowadzoną przez Usługodawcę działalnością gospodarczą, dochodzenia roszczeń z tytułu tej działalności oraz do wypełniania prawnie usprawiedliwionych celów Usługodawcy,
- na podstawie zgody - wyłącznie w celu wskazanym w treści udzielonej przez Klienta zgody.

Wyrażam zgodę Administratorowi Danych Osobowych na przekazywanie informacji handlowej w celach marketingowych.

(Dzięki tej zgodzie będziemy mogli przedstawić Klientowi informacje o nowych ofertach, promocjach lub nowych usługach)

TAK  NIE

DATA: .....

PODPIS: .....

**PRZEGLĄD WNIOSKU ( WYPEŁNIA BC COBICO )**

Data: ..... Podpis:..... Uwagi .....

Weryfikacja NIP/PESEL/REGON/Reprezentacja/Nazwa firmy (na podstawie eKRS/CIDG): .....

**REJESTRACJA WNIOSKU**

Numer rejestracyjny ..... Data rejestracji .....

Podpis przyjmującego ..... Analiza ryzyka .....