

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

Wniosek należy złożyć lub przesać 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**

W oparciu o cennik opłat BC COBICO oświadczam, że opłata za prace związane z przeprowadzonym procesem certyfikacji od Wnioskodawcy zostanie uiszczona na konto Kiwa 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 zapoznają się w związku z realizacją procesu certyfikacji.
- Wyrażam zgodę na zatwierdzenie protokołu z kontroli podpisem elektronicznym niekwalifikowanym, jego doręczenie w formie elektronicznej na adres mailowy podany we wniosku o przeprowadzenie certyfikacji oraz akceptuje pozostałe ustalenia dotyczące komunikacji elektronicznej wskazane w programie certyfikacji QAFP – PC-06.
- Wnioskodawca ma prawo do wglądu i poprawiania swoich danych osobowych, których administratorem jest Kiwa COBICO Sp. z o.o. (Administrator).

<b>Oświadczenia</b> - 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)	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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 .....