

ΑΙΤΗΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΤΑ ΕΛΟΤ EN ISO 22000

☐ Αίτηση Αρχικής Πιστοποίησης

☐ Αίτηση Επαναπιστοποίησης ή Επέκτασης Αναφέρετε τον Κωδικό του υπάρχοντος Πιστοποιητικού:.....

Α. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

Επωνυμία / Εταιρική Μορφή			
Α.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ	
Ιστοτόπος			

Συνολικός Αριθμός Εγκαταστάσεων (συμπεριλαμβανομένης και της έδρας):

Αριθμός Εγκαταστάσεων στις οποίες επιδιώκεται πιστοποίηση (*):

(*) Αν παραπάνω από 2 επισυνάψτε πίνακα που περιλαμβάνει τις κατωτέρω πληροφορίες

Διεύθυνση	Οδός	Αριθ.	ΤΚ	Δήμος	Περιφ. Ενότητα / Περιοχή
Έδρας (01)					
Εγκατάστασης 02					

	Ονοματεπώνυμο	Θέση	Τηλ.	e-mail
Νόμιμος Εκπρόσωπος				
Υπεύθυνος για το σύστημα				

Είναι η επιχείρηση μέρος μεγαλύτερου οργανισμού; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ. Αν ΝΑΙ αναφέρετε τη σχέση:.....

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ

Επιθυμητό Πεδίο Εφαρμογής						
Εγκατάσταση 01 (Έδρα)						
Σύνολο Παραγόμενων Προϊόντων/Υπηρεσιών						
Σύντομη Περιγραφή των Διαδικασιών παραγωγής						
Αριθμός προσωπικού		Αριθμός βαρδιών		Αριθμός προσωπικού σε βάρδιες		
Διοίκηση:	Λογιστήριο:	Παραγωγή:	QA:	R&D:	Διανομή:	Άλλο:
Υπάρχει Άδεια Λειτουργίας σε Ισχύ για τη Συγκεκριμένη Δραστηριότητα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐						
Η Εγκατάσταση λειτουργεί: Συνεχώς ☐ Εποχικά ☐						
Αν εποχικά, προσδιορίστε το εκτιμώμενο διάστημα λειτουργίας:.....						

Εγκατάσταση 02						
Σύνολο Παραγόμενων Προϊόντων/Υπηρεσιών						
Σύντομη Περιγραφή των Διαδικασιών παραγωγής						
Αριθμός προσωπικού		Αριθμός βαρδιών		Αριθμός προσωπικού σε βάρδιες		
Διοίκηση:	Λογιστήριο:	Παραγωγή:	QA:	R&D:	Διανομή:	Άλλο:
Υπάρχει Άδεια Λειτουργίας σε Ισχύ για τη Συγκεκριμένη Δραστηριότητα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐						
Η Εγκατάσταση λειτουργεί: Συνεχώς ☐ Εποχικά ☐						
Αν εποχικά, προσδιορίστε το εκτιμώμενο διάστημα λειτουργίας:.....						

Σε περίπτωση που υπάρχουν περισσότερες από μία εγκαταστάσεις:

Υπάρχει κοινό σύστημα διαχείρισης; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Η εφαρμογή του συντονίζεται κεντρικά; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Γίνεται όλες ή μέρος κάποιων διεργασιών υπεργολαβικά; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν ναι, αναφέρετε ποιες:.....

Αριθμός Σχεδίων Ελέγχου Κινδύνων (HACCP/OPRP):.....

Πραγματική ή αναμενόμενη ημερομηνία ολοκλήρωσης εσωτερικής επιθεώρησης:.....

Πραγματική ή αναμενόμενη ημερομηνία ανασκόπησης από τη διοίκηση:.....

Αν υπάρχει ήδη κάποια πιστοποίηση, αναφέρετε το Πρότυπο, τον Φορέα και την ημερομηνία λήξης της πιστοποίησης:

Επωνυμία ή Ονοματεπώνυμο Συμβούλου σας, εάν υπάρχει:

Πραγματοποιείται σχεδιασμός ή ανάπτυξη προϊόντων (αν ναι, περιγράψτε);

Υπάρχει εσωτερικό εργαστήριο αναλύσεων;

Άλλες Πληροφορίες / Παρατηρήσεις:

Ημερομηνία:

Υπογραφή του Εκπροσώπου της Επιχείρησης:

Παρακαλούμε αποστείλετε το συμπληρωμένο έντυπο στο fax 210 8217117 ή στο e-mail: msdio@dionet.gr
Ευχαριστούμε για το ενδιαφέρον σας.

(Τα παρακάτω στοιχεία συμπληρώνονται μόνο από την ΔΗΩ)

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

Αριθμ. Πρωτοκ.:			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ	Όνομα / Υπογραφή	Ημ/νία	Παρατηρήσεις
Παρελήφθη από:			
Εγκρίθηκε από:			