

ΑΙΤΗΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΟ (ΕΠΕ)

Αποστολή στο Fax : 210 6850985 - ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ

Επωνυμία Εταιρίας:		
Διεύθυνση:		
Τηλέφωνο:	Fax:	Όν/μο Υπευθύνου:
e_mail:	URL:	
ΔΟΥ:	ΑΦΜ:	
Αναλυτική περιγραφή δραστηριοτήτων με παραδείγματα πελατών και προμηθευτών:		
Περιγραφή υπεργολάβων και υπεργολαβικών εργασιών :		
Αριθμός εμπλεκόμενου προσωπικού : Διοικητικό:	Παραγωγής:	Βάρδιες: Άλλο:
ΣΥΝΟΛΟ :		
Προδιαγραφή/ές:	Επιθυμητή Ημερομηνία διενέργειας επιθεώρησης:	
Άλλες πιστοποιήσεις της εταιρείας σας, ή προϊόντων σας:	ΑΠΟ ΠΟΤΕ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΠΕ?	
Χρησιμοποιείτε ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΜΕΝΑ / ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΜΕΝΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ για τις Δοκιμές σας? Αν ναι, σημειώστε ποια Εργαστήρια χρησιμοποιήσατε και για ποιες ομάδες δοκιμών, Ποιο(α) Εργαστήριο(α) χρησιμοποιήσατε για τις Δοκιμές Αρχικού Τύπου (ΙΤΤ) ?	ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΤΕΙΛΤΕ ΜΑΣ ΤΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΕΠΕ & ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΠΙΔΟΣΕΩΝ Ή ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΣΗΣ CE ΤΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΣΑΣ	
	ΕΧΟΥΝ ΓΙΝΕΙ ή ΕΧΟΥΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΤΕΙ ΟΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΣ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΕΙΣ ΚΑΙ Η ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ? (ΔΩΣΤΕ ΤΙΣ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΕΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ)	
	ΟΝΟΜΑ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ:	
<u>ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ</u>		
<p>Παρακαλώ για την αποστολή προσφοράς αξιολόγησης, αποδεχόμενος όλους τους όρους και κανόνες που προκύπτουν από τις διαδικασίες της EQA HELLAS A.E., οι οποίοι διέπονται από τις επιταγές του ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗΣ (ΕΣΥΔ) και βρίσκονται στην ηλεκτρονική Διεύθυνση www.eqa.gr και ειδικότερα :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι για την πιστοποίηση / επιτήρηση που αιτούμαι εφαρμόζεται ο Γενικός Κανονισμός Πιστοποίησης, καθώς και ο κατά περίπτωση εν ισχύ αντίστοιχος Ειδικός Κανονισμός Πιστοποίησης του Φορέα Πιστοποίησης EQA HELLAS A.E.. • Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι η διενέργεια της σχετικής, με τη πιστοποίηση / επιτήρηση, αξιολόγησης / επιθεώρησης τελείται από Ομάδα Επιθεώρησης σύμφωνα με τους κανόνες και τις διαπιστευμένες διαδικασίες που διέπουν τη λειτουργία του Φορέα Πιστοποίησης. • Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι η χορηγούμενη Πιστοποίηση και επακόλουθη Επιτήρηση, ελέγχεται από το Φορέα Πιστοποίησης EQA HELLAS A.E. και διέπεται από τις επιταγές της Διαπίστευσης όπως προβλέπονται από τον Εθνικό Φορέα Διαπίστευσης • Δέχομαι να εξοφλήσω τα τέλη πιστοποίησης / επιτήρησης που θα χρεωθούν εγκαίρως και ανεξαρτήτως του αποτελέσματος της αξιολόγησης / επιθεώρησης. • Δηλώνω ότι καλύπτω όλες τις απαιτήσεις της Νομοθεσίας όσον αφορά την αδειοδότηση λειτουργίας της επιχείρησής μου καθώς και για τα προϊόντα τα οποία παράγω. <p>Η πιστοποίηση πρέπει να γίνει κατά τη διάρκεια λειτουργίας και αντιπροσωπευτικής παραγωγικής διαδικασίας της εταιρίας στις εγκαταστάσεις της.</p>		
Όνομα αιτούντος :	Υπογραφή:	
Ημερομηνία	Σφραγίδα :	

*ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΕΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙ ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ