

نام سازمان :

آدرس دفتر مرکزی :

آدرس کارخانه یا مکان های مرتبط (در صورت وجود) :

زمینه فعالیت سازمان :

نام مدیر عامل و شماره همراه :

نام نماینده مدیریت و شماره همراه :

تلفن مستقیم نماینده مدیریت :

: E-Mail

: Web Site

تلفن :

فکس :

در صورتی که سازمان شما تاکنون گواهینامه سیستم مدیریتی دریافت کرده نوع گواهینامه و شرکت صادر کننده گواهینامه و تاریخ انقضا آن را اعلام فرمائید :

1 OHSAS 18001:2007	1 ISO 14001:2004	1 ISO 9001:2008	استاندارد مورد درخواست :
1 ISO 10002:2004	1 ISO 22000:2005	1 HACCP	
1 ISO 10004:2012	1 HSE		

جمع کل پرسنل موثر بر کیفیت : \_\_\_\_\_ نفر      شیفت ۱ : \_\_\_\_\_ نفر      شیفت ۲ : \_\_\_\_\_ نفر      شیفت ۳ : \_\_\_\_\_ نفر

تاریخ تقریبی مورد نظر جهت اخذ گواهینامه :

تاریخ تکمیل فرم :

نام و سمت و مهر و امضاء تکمیل کننده فرم :