MS申表1

版本：2025.8

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| vti | | | | 华信技术检验有限公司  **□QMS□ECQMS□EMS□OHSMS管理体系认证申请表** | | | | | | | | | | |  | |
| 申请方名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 注册地址 | | | | 省 市 区 | | | | | | | | | | | | |
| 通信地址 | | | | 省 市 区 | | | | | | | | 邮编 |  | | | |
| 总经理/厂长 | | | |  | 性别 | |  | | 电话/手机/E-mail | |  | | | | | |
| 管理者代表 | | | |  | 性别 | |  | | 电话/手机/E-mail | |  | | | | | |
| 体系管理部门信息 | | | | | | | | | | | 电话/手机/E-mail  （**\*联系人的邮箱为必填项**） | | | | | |
| □质量管理部门 | |  | | | | 负责人姓名/职务 | | |  | |  | | | | | |
| 联系人姓名/职务 | | |  | |  | | | | | |
| □环境管理部门 | |  | | | | 负责人姓名/职务 | | |  | |  | | | | | |
| 联系人姓名/职务 | | |  | |  | | | | | |
| □职业健康安全管理部门 | |  | | | | 负责人姓名/职务 | | |  | |  | | | | | |
| 联系人姓名/职务 | | |  | |  | | | | | |
| 申请认证  依据的标准 | | □ GB/T 19001-2016 idt ISO 9001:2015（□CNAS标志 □RvA标志□仅VTI标志）  □ GB/T 50430-2017 （□CNAS标志 □仅VTI标志）  □ GB/T 24001-2016 idt ISO 14001:2015（□CNAS标志 □RvA标志 □仅VTI标志）  □ GB/T 45001-2020idtISO 45001:2018 （□CNAS标志 □RvA标志 □仅VTI标志） | | | | | | | | | | | | | | |
| 体系覆盖产品和活动 | 申请范围：  ECQMS范围：  □对比上一周期的认证范围，是否有变化，□是，变化内容： □无  是否在营业执照范围内：□是 □否，说明：  与认可范围是否一致：□是 □否 不一致的范围： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 覆盖范围场所情况（可另附页） | 场所名称 | | 地址 | | 体系覆盖  产品、活动 | | | 场所性质（永久/临时;中心职能/分场所）\* | | 占地面积 | 全职员工数量 | 非全职员工数量 | | 班次及作息时间 | | 联系人  /电话 |
|  | |  | |  | | |  | |  | **Q/EC:** | **Q/EC:** | |  | |  |
| **E:** | **E:** | |
| **S:** | **S:** | |
|  | |  | |  | | |  | |  | **Q/EC:** | **Q/EC:** | |  | |  |
| **E:** | **E:** | |
| **S:** | **S:** | |
|  | |  | |  | | |  | |  | **Q/EC:** | **Q/EC:** | |  | |  |
| **E:** | **E:** | |
| **S:** | **S:** | |
| \*本栏目填写所有场所的信息，包括中心职能场所；申请阶段不能确定临时场所时，须在申表2、申表3、申表4对应栏目填写有关信息；中心职能是指对管理体系负责并对管理体系集中控制的职能。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管  理  体  系  情 况 | 1、文件化□质量/□环境/□职业健康安全管理体系颁布日期？ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2、要求华信公司何时进行审核？ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3、是否曾经获得过□质量/□环境/□职业健康安全管理体系认证证书？如是，请注明获证时间及认证机构全称： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请方领导意见：   1. 我单位同意遵守华信技术检验有限公司的认证要求,并愿意提供评审所需任何信息。 2. 我方同意提供法律地位证明文件（如组织法人营业执照、事业单位法人代码证书、社团法人登记证等），社会统一信用代码/组织机构代码。需要时，可提供分支机构的营业执照、社会统一信用代码/组织机构代码证复印件。 3. 我方同意提供资质文件、产品（安全）生产许可证、强制性产品认证证书等涉及法律法规规定的行政许可的须提交相应的行政许可证件复印件； 4. 我方同意提供管理体系文件或（和）标准要求保持的形成文件的信息； 5. 我方同意提供作业文件或作业文件清单； 6. 我方同意提供与产品/服务有关的技术标准、质量标准清单包括强制性标准清单（包括标准名称、标准发布编号、有效状态）； 7. 我方对所提供信息的真实性负责，认证所涉及的产品、服务及经营活动符合国家法律法规的规定，按规定期限接受华信技术检验有限公司对认证注册后的监督审核。 8. 如我方是其他机构转入贵公司的客户，愿意提供转换机构声明、原机构认证证书、上一次审核（初审/再认证）报告及随后的监督报告和审核中的不符合项报告单及采取纠正措施关闭情况的证实性资料，并签字或盖章。   （签字、盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 华信公司对申请的审查意见：  （签字、盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注： 1.本表若填写不下，可另附页。   1. 本表可使用复印件。 2. 表中提到的“全职员工数量”是指体系覆盖范围内全日制工作员工，“非全职人员数量”是指管理体系范围内的非全日制员工，包括兼职人员。对于OHSMS应以生产季节高峰的人员为计算基础，包括：影响组织的OHSMS绩效，在组织控制下或受组织影响的从事工作或工作相关活动的承包商/分包商人员。   4.客户服务部电话：010-62161366，62122703 传真：010-62161523  认证部电话：010-62161526 62161360 传真：010-62161523  5.网址：[www.vti-china.org](http://www.vti-china.org/)电子信箱：vti@vti-china.org  6.通信地址：北京市海淀区北三环西路48号2号楼2层2B 邮编：100086 | | | | | | | | | | | | | | | | |