Um für die Zertifizierung/Begutachtung Ihrer Organisation ein detailliertes und vollständiges Angebot legen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und an uns zu retournieren (per Fax: +43 732 34 23 23 oder E-Mail: [office@qualityaustria.com](mailto:office@qualityaustria.com)).

Für Fragen steht Ihnen unser Customer Service Center gerne zur Verfügung unter der   
Tel.: +43 732 34 23 22.

## Adresse/Ansprechperson

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Organisation: |  | |
| Straße: |  | |
| PLZ, Ort: |  | |
| Telefon/Mobiltelefon: |  |  |
| Fax: |  | |
| E-Mail/Homepage: |  |  |
| UID-Nummer: |  | |
| Geschäftsführung: |  | |
| Kontaktperson zur  Quality Austria: |  | |

## Angaben zur Organisation

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gesellschaftsform: |  | | | |
| Hauptgeschäftszweck: | Kranken- anstalt | Pflege- einrichtung | | Niedergelassener  Bereich |
|  | Soz. Einrichtung | REHA | | Sonstige |
| Scope/Bereich nach EAC und NACE: (wenn bekannt) | EAC: | | NACE: | |
| Organisationsgröße\*): | Klein-Organisation | | Mittel/Groß-Organisation | |
| Anzahl der Abteilungen: |  | | | |
| Anzahl der stationären Fälle pro Jahr: |  | | | |
| Konzernzugehörigkeit: |  | | | |
| Produktentwicklung (Forschung)  zutreffend : | Ja | | Nein | |
| Tätigkeitsgebiet, Schwerpunkte:  (bitte detailliert anführen  bzw. beilegen) |  | | | |

\*) **Anmerkung zur Tabelle - Einstufung von Kapitalgesellschaften:**

Einstufung von Kapitalgesellschaften gem. UGB § 221: Klein-Organisationen sind solche, die mindestens zwei der drei nachgenannten Merkmale für die vergangenen zwei Geschäftsjahre jeweils zum Zeitpunkt der verbindlichen Konformitätsbewertung (z.B. Audit) nicht überschreiten:

1. Bilanzsumme 3,125 Millionen Euro
2. 6,250 Millionen Euro Umsatzerlöse in den letzten zwölf Monaten vor dem Abschluss-Stichtag
3. Im Jahresdurchschnitt 50 Arbeitnehmer

## Angaben zur Organisationsstruktur

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Standort | Anzahl  Angestellte | Anzahl Arbeiter | Anzahl weiterer Personen |
| **Wenn zutreffend** | Standort 1  (Hauptstandort) |  |  |  |  |
| Standort 2 |  |  |  |  |
| Standort 3 |  |  |  |  |
| Standort 4 |  |  |  |  |
| Standort 5 |  |  |  |  |
| Standort 6 |  |  |  |  |
|  | Mitarbeiter insgesamt |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl Schichten |  |

Bitte legen Sie, falls vorhanden, ein Organigramm und eventuell ein Prozessmodell (bei gewünschter Zertifizierung nach ISO 9001 bzw. KTQ®) der Organisation bei.

## Regelwerk (Norm, Richtlinie)

Welches Regelwerk soll der Visitation/dem Audit/Assessment/der Begutachtung zugrunde gelegt werden?

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ISO 9001 |  | ISO 22000 und FSSC 22000 |  | GMP |  | ISO 13485 |  |
| ISO 14001 (Umwelt) \*) |  | ALINORM/HACCP\*\*) |  | ISO 15189 |  | ISO 29990 |  |
| EMAS-Verordnung \*) |  | EN 15224 |  | GLP |  | KTQ |  |
| OHSAS 18001 |  |  |  |  |  |  |  |

\*) Für die Zertifizierung ist ein separates Formular (Machbarkeit Umwelt) auszufüllen. Bitte fordern Sie es, falls nicht vorhanden, bei dem **quality**austria Customer Service Center an.

\*\*) Für ein Angebot für Lebensmittelsicherheitsstandards brauchen wir Ihre Informationen über das Formular Fo 27\_01\_006 Unternehmensdaten für Angebot Lebensmittelsicherheitsstandards

## Sonstige Angaben zum System

### Grad der Systemimplementierung

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| zu Beginn |  | teilweise in Kraft |  | reif für die Zertifizierung |  | unbekannt |  |

### Wie viele Zertifikate streben Sie an?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 Zertifikat für das gesamte Unternehmen: |  |  |  |
| 1 Zertifikat für einen bestimmten Unternehmensbereich: |  | Bereich(e): |  |
|  |  |  |  |
| Mehrere Zertifikate für unterschiedliche juristische Personen: |  | wie viele: |  |
|  |  | wofür: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Verfügen Sie bereits über ein gültiges Zertifikat? | Ja |  | Nein |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Über welche Norm(en)/Regelwerke? |  |
| Von welcher Zertifizierungsgesellschaft? |  |

## Wunschtermin und weitere Vorgehensweise

|  |  |
| --- | --- |
| Haben Sie einen Wunschtermin für das Audit? |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wünschen Sie ein Voraudit? | Ja |  | Nein |  |
| Wünschen Sie Kurzaudits? | Ja |  | Nein |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wurden/werden Sie durch einen Berater bei Aufbau und  Einführung Ihres Managementsystems unterstützt/beraten? | | Ja |  | Nein |  |
| Name des Beratungsunternehmens: |  | | | | |
| Name des Beraters: |  | | | | |

### Wie bzw. durch wen sind Sie auf die Quality Austria aufmerksam geworden?

|  |
| --- |
|  |

### Sonstige Anmerkungen:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| , |  |  |
| Ort, Datum |  | firmenmäßige Fertigung |