

BESTÄTIGUNG DURCH DIE ARBEITGEBENDE / AUFTRAGGEBENDE ORGANISATION

FIRMENDATEN

Firmenname:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Kontaktperson: (Vorgesetzte*r oder Personalverantwortliche*r; ausgenommen Zertifikatsinhaber*in)	
Telefon:	
E-Mail:	

PERSONENDATEN ZERTIFIKATSINHABER*IN

Name:	
Geburtsdatum/-ort:	
Zertifikatstitel oder -nummern:	

BERUFSPRAXIS FÜR DIE ZERTIFIKATE "SYSTEMBEAUFTRAGTE*R/-MANAGER*IN QUALITÄT, LABORATORY QUALITY MANAGER "

Datum von bis	Tätigkeit/Bereich/Projekte

AUDITPRAXIS FÜR DIE ZERTIFIKATE "AUDITOR*IN/LEAD AUDITOR*IN QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEME, LABORATORY ASSESSOR, AUDITOR*IN CORPORATE SOCIAL RESPONSIBILITY UND NACHHALTIGKEITSMANAGEMENT"

Firma/Bereich	Audit-zeitraum*	Anzahl der Audittage gesamt	Anzahl der Audittage vor Ort oder remote	Auditart	Normen/Regelwerke	Lead Auditor*in
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

* Bitte beachten Sie, dass die Anzahl der geforderten System-/Prozessaudits aufgelistet werden müssen – siehe [Auditpraxis Übersicht](#).

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der Angaben und erklären uns damit einverstanden, bei einer stichprobenartigen Überprüfung, Auskunft zu erteilen.

Ort/Datum

Firmenmäßige Zeichnung
(Stempel + Unterschrift der angef. Kontaktperson)