

Antrag Zertifizierung IFS Wholesale/C&C



Unternehmensdaten für die Erstellung eines Angebotes / Überprüfung des vorliegenden Angebotes für die Zertifizierung

Bitte ausgefüllt faxen/mailen an: +49(0)30 47004633 / koordination@ars-probata.de

		Betriebsstätte	
1. Name des Unternehmens, Adresse Betriebsstätte(n) (Falls mehr als 1 Betriebsstätten bitte Blatt kopieren!)			
2. Zentrale (Adresse)			
3. GLN - Nummer EWG-Nummer			
4. Ansprechpartner	Funktion		
	Telefon/Fax		
	E-Mail		
5. Anzahl Schichten Arbeitszeit von bis			
6. Produktionsfläche (ca. m²)			
7. Anzahl Mitarbeiter:			
8. Ist ein Außenlager vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	Wo : _____	<input type="checkbox"/> nein
9. Hinweis auf Besonderheiten (z. B. Arbeitszeiten, Lage, Größe des Betriebsgeländes,)			
10. Nach welchem Auditierungsansatz möchten Sie zertifiziert werden?	<input type="checkbox"/> Einzelzertifizierung pro Standort <input type="checkbox"/> Gruppenzertifizierung aller Standorte in einem Land (hier siehe IFS C&C, Version 2, Sonderdokument)		
11. <i>Bitte benennen Sie die Art der Tätigkeit/en des Unternehmens.</i>			
12. Nach welcher/em Checkliste / Modul möchten Sie sich prüfen lassen?	<input type="checkbox"/> IFS Cash & Carry classic <input type="checkbox"/> IFS Cash & Carry plus <input type="checkbox"/> IFS Wholesale classic <input type="checkbox"/> IFS Wholesale plus		
13. Bitte benennen Sie die Produktgruppen, die den Zertifizierungsbereich umfassen. Anmerkung: Bei Modul Cash & Carry plus ist die Mengenbegrenzung < 2,5 t/Woche pro Produktgruppe zu beachten!	<input type="checkbox"/> Fleisch, Geflügel, Fleischprodukte <input type="checkbox"/> Eier <input type="checkbox"/> Obst & Gemüse <input type="checkbox"/> Getränke <input type="checkbox"/> Getreideprodukte, Cerealien, Industriebackwaren, Feingebäck, Süßwaren, Snacks <input type="checkbox"/> Trockenprodukte, andere Zutaten und Zusätze (z. B. Nahrungsergänzungsmittel) <input type="checkbox"/> Heimtiernahrung <input type="checkbox"/> Hygiene-, Haushalts-, und Kosmetikprodukte (HPC) <input type="checkbox"/> Verpackungen <input type="checkbox"/> Fisch, Fischprodukte <input type="checkbox"/> Milchprodukte <input type="checkbox"/> Öle, Fette <input type="checkbox"/> Kombinierte Produkte		
14. <i>Bitte geben Sie den Zertifizierungsbereich des Audits an. (Bsp. „Lagerung und Kommissionierung von Obst und Gemüse“)</i>			
15. Liegen bereits Zertifizierungen vor, wenn ja nach welchem Standard? Bitte senden Sie das jeweilige Zertifikat mit.	<input type="checkbox"/> ja	Welche: _____ Wenn IFS: Angabe der COID-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> nein

Antrag Zertifizierung IFS Wholesale/C&C



Unternehmensdaten für die Erstellung eines Angebotes / Überprüfung des vorliegenden Angebotes für die Zertifizierung

16. Haben Sie für alle angegebene Betriebsstätten ein einheitliches QM – System oder ein eigenes je Standort?			
17. Werden an einem Standort zentrale Prozesse verantwortet? Welche?	<input type="checkbox"/> Produktspezifikation <input type="checkbox"/> Produktentwicklung	<input type="checkbox"/> Einkauf <input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> _____
18. Wünschen Sie bestimmte Prozesse/Produkte auszuschließen?			
19. In welchem Zeitraum planen Sie die Zertifizierung?			
20. Planen Sie ein Voraudit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
21. Hinweis auf Besonderheiten (z.B. Arbeitszeiten, Lage, Größe des Betriebsgeländes,)			
22. Geben Sie bitte die Verarbeitungsprozesse/Technologien, einschl. Verarbeitung/Behandlung/Umgang/Lagerung, an die im Zertifizierungsbereich fallen.			
23. Auditsprache Deutsch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <i>bitte 24</i> beantworten		
24. Wenn die Auditsprache nicht Deutsch ist, erklären Sie hiermit, dass alle notwendigen Unterlagen auch in deutscher oder englischer Sprache vorliegen und die Mitarbeiter in Deutsch oder Englisch Auskunft geben können.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Dann erklären Sie sich bereit, einen unabhängigen Übersetzer während des Audits zu akzeptieren und die Kosten dafür zu tragen.		

Datum/ Unterschrift vom Antragsteller: _____ Stempel:
--