

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	
Επωνυμία Επιχείρησης:	
Δραστηριότητες της επιχείρησης & σχέσεις με μεγαλύτερη επιχείρηση (εάν υπάρχουν):	
ΑΦΜ:	ΔΟΥ:
Πόλη/ Τ.Κ.:	Διεύθυνση:
Τηλέφωνο:	Κινητό τηλέφωνο:
Φαξ:	E-mail:
Όνοματεπώνυμο Νόμιμου Εκπροσώπου:	
Όνοματεπώνυμο για επαφή, διευκρινήσεις:	Τηλέφωνο:
Εκπρόσωπος της Διοίκησης για το Σύστημα Ποιότητας:	
Σύμβουλος:	
2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ - ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ	
Πρότυπο σύμφωνα με το οποίο θα γίνει η επιθεώρηση: <input type="checkbox"/> ISO 9001:2015 <input type="checkbox"/> CODEX ALIMENTARIUS <input type="checkbox"/> GMP <input type="checkbox"/> ΠΡΟΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
Επιθυμητό πεδίο πιστοποίησης – Νέες δραστηριότητες προς πιστοποίηση:	
Αναθέτετε υπεργολαβικά μέρος της δραστηριότητας σας; Αν ναι, ποιες;	
Αριθμός προσωπικού:	Θέσεις εργασίας:
Βάρδιες:	Ωράριο εργασίας:
Απαιτήσεις νομοθεσίας (Εθνική ή Διεθνής) που διέπουν την λειτουργία και τα παραγόμενα προϊόντα/ υπηρεσίες της Επιχείρησης:	

Υπάρχουν άλλα σημεία επιθεώρησης εκτός από την έδρα (υποκαταστήματα, αποθήκες, γραφεία, εκθέσεις, franchising, κλπ) που θα συμπεριληφθούν στο πεδίο πιστοποίησης; Αν ναι, ποιο είναι το πλήθος τους;

Εάν υπάρχουν επιπλέον σημεία προς επιθεώρηση, να συμπληρωθεί ο πίνακας της επόμενης σελίδας για κάθε σημείο που θα επιθεωρηθεί.

Πλήθος των σελίδων της αίτησης συμπεριλαμβανομένης της παρούσας

Υπάρχει Πιστοποίηση ΣΔ από άλλους Φορείς;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αν ναι, σε ποια πρότυπα;		
Έχει ανακληθεί πιστοποιητικό συμμόρφωσης Συστήματος Διοίκησης;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Εάν πρόκειται για μεταγραφή:		
Ποιος είναι ο λόγος της αλλαγής ΦΠ?		
Είχατε από την προηγούμενη επιθεώρηση ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΕΙΣ?	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, μπορείτε να μας αποστείλετε τις Διορθωτικές ενέργειες και την έκθεση του ΦΠ?		
Υπάρχουν άλλες εκκρεμότητες που δεν καλύπτουν τις Νομοθετικές απαιτήσεις?		
Σε περίπτωση που προέκυψαν παράπονα πελατών, πώς τα διαχειριστήκατε?		
Ημερομηνία έναρξης τήρησης από την επιχείρηση του Συστήματος Διοίκησης:		
Επιθυμητή ημερομηνία επιθεώρησης:		

Δηλώνω ότι, όλες οι πληροφορίες που αναγράφονται στην αίτηση αυτή είναι αληθείς και μπορούν να διασταυρωθούν ανά πάσα στιγμή.

Για την επιχείρηση (όνομα και θέση):
Υπογραφή:
Ημερομηνία:

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	
Επωνυμία/Διακριτικός Τίτλος:	
Δραστηριότητες της επιχείρησης & σχέσεις με μεγαλύτερη επιχείρηση (εάν υπάρχουν):	
ΑΦΜ:	ΔΟΥ:
Πόλη/ Τ.Κ.:	Διεύθυνση:
Τηλέφωνο:	Κινητό τηλέφωνο:
Φαξ:	E-mail:
Όνοματεπώνυμο Νόμιμου Εκπροσώπου:	
Όνοματεπώνυμο για επαφή, διευκρινήσεις:	Τηλέφωνο:
Εκπρόσωπος της Διοίκησης για το Σύστημα Ποιότητας:	
Σύμβουλος:	
2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ - ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ	
Πρότυπο σύμφωνα με το οποίο θα γίνει η επιθεώρηση: ISO 9001:2015 <input type="checkbox"/> CODEX ALIMENTARIUS <input type="checkbox"/> GMP	
Επιθυμητό πεδίο πιστοποίησης – Νέες δραστηριότητες προς πιστοποίηση:	
Αναθέτετε υπεργολαβικά μέρος της δραστηριότητας σας; Αν ναι, ποιες;	
Αριθμός προσωπικού:	Θέσεις εργασίας:
Βάρδιες:	Ωράριο εργασίας:
Απαιτήσεις νομοθεσίας (Εθνική ή Διεθνής) που διέπουν την λειτουργία και τα παραγόμενα προϊόντα/ υπηρεσίες της Επιχείρησης:	

Δηλώνω ότι, όλες οι πληροφορίες που αναγράφονται παραπάνω είναι αληθείς και μπορούν να διασταυρωθούν ανά πάσα στιγμή.

Για την επιχείρηση (όνομα και θέση):
Υπογραφή:
Ημερομηνία: