



监督审核通知书/信息确认表

企 业 信 息	是否变更, 如有变更请注明
企业名称: 石家庄红枫家具有限公司	☒ 无变化; ☐ 变更后:
现证书范围: Q: 办公家具、钢木家具、实验室家具的生产 E: 办公家具、钢木家具、实验室家具的生产所涉及场所的相关环境管理活动 O: 办公家具、钢木家具、实验室家具的生产所涉及场所的相关职业健康安全管理活动	☒ 无变化; ☐ 变更后:
注册地址: 河北省石家庄市裕华区方邻路178号金碧雅苑6-1-1004 如变更请提供新营业执照	☒ 无变化; ☐ 变更后:
生产/经营地址: 河北省石家庄市栾城区冶河镇乏马村308国道与大前路交口西行100米路北	☒ 无变化; ☐ 变更后:
通讯地址: 河北省石家庄市裕华区西京北村南	☒ 无变化; ☐ 变更后:
法定代表人: 沈辽峰	☒ 无变化; ☐ 变更后:
联系人/电话/ 邮箱 (请务必填写有效邮箱): 王振红 / 18410259001 / ZSHRZ_511@163.com	☒ 无变化; ☐ 变更后:
企业人数: 52	☒ 无变化; ☐ 变更后:
营业执照经营范围是否变更 (如有变更请附变更后的营业执照)	☒ 无变化; ☐ 变更后:
体系文件是否变更 (如有变更请附变更后的体系文件)	☒ 无变化; ☐ 变更后:
多场所信息:	☒ 无变化; ☐ 变更后:
资质证书情况: ☒ 不需资质许可; ☐ 现有资质 (请列明资质清单及资质证书附件):	



监督审核通知书/信息确认表

国家、地方是否对产品质量、环境及职业健康安全方面进行监测：

☐是(请附监测结果) ☒否

近一年是否发生过重大质量、安全、环境方面的事故，受上级部门的处罚情况：

☐是(请附处罚情况说明) ☒否

涉及季节性生产的单位，提供季节性生产的时间安排： 年 月 日至 年 月 日 不涉及

涉及夜班生产的单位，提供倒班信息：（需接受夜间生产期间的现场审核）不涉及

请贵单位认真核对本表中的信息，在监督审核之前将该表回传至认证机构，以便我机构安排实施监督审核。

按照国家认证认可相关规定，获证组织如不能在规定时间内完成监督审核（查），认证证书将会被暂停或撤销。感谢您的配合和支持！

联系电话： 010-5824 6991

联系人： 市场部

邮箱： isc_service@china-isc.org.cn

企业确认人签字：王振红

企业盖章：



2024年10月22日