



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: 成都爱天使健康咨询有限公司	<input checked="" type="checkbox"/> 无变化; <input type="checkbox"/> 变更后:
现证书范围: Q: 病人陪护服务 (不含诊疗) E: 病人陪护服务 (不含诊疗) 所涉及场所的相关环境管理活动 O: 病人陪护服务 (不含诊疗) 所涉及场所的相关职业健康安全管理活动	<input checked="" type="checkbox"/> 无变化; <input type="checkbox"/> 变更后:
注册地址: 四川省成都市成华区猛追湾街166号2栋10楼1012号 如变更请提供新营业执照	<input checked="" type="checkbox"/> 无变化; <input type="checkbox"/> 变更后:
生产/经营地址: 四川省成都市成华区猛追湾街166号2栋10楼1012号	<input checked="" type="checkbox"/> 无变化; <input type="checkbox"/> 变更后:
通讯地址: 四川省成都市成华区猛追湾街166号2栋10楼1012号	<input checked="" type="checkbox"/> 无变化; <input type="checkbox"/> 变更后:
法定代表人: 陈华	<input checked="" type="checkbox"/> 无变化; <input type="checkbox"/> 变更后:
联系人/电话/邮箱 (请务必填写有效邮箱) 熊瑛 / 182 8082 1975 / 632306809@QQ.COM	<input checked="" type="checkbox"/> 无变化; <input type="checkbox"/> 变更后:
企业人数: 65	<input type="checkbox"/> 无变化; <input checked="" type="checkbox"/> 变更后: 1 203人
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)	<input type="checkbox"/> 无变化; <input checked="" type="checkbox"/> 变更后: 职业中介活动
体系文件是否变更 (如有变更请附变更后的体系文件)	<input checked="" type="checkbox"/> 无变化; <input type="checkbox"/> 变更后:
多场所信息:	<input checked="" type="checkbox"/> 无变化; <input type="checkbox"/> 变更后:

资质许可证情况:

不需资质许可; 现有资质 (请列明资质清单及资质证书附件): 劳务派遣、人力资源服务许可证

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:



监督审核通知书/信息确认表

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

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)

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

企业盖章:



2016年 11月 5日

