**审核方案策划表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **组织名称** | 吉林中科机电设备科技有限公司 | **认证合同号** | **0519-2019-Q** |
| **注册地址** | 吉林省长春市北湖开发区盛北大街3333号北湖科技园C1-201室 | **法定代表人** | 王冰 | **固定电话** |  |
| **手机** |  |
| **经营地址** | 吉林省长春市宽城区明溪路1759号 | **联系人** | 王冰 | **固定电话** | 17390965200 |
| **手机** | 18946662280 |
| **生产地址** |  | **联系人** |  | **固定电话** |  |
| **手机** |  |
| **认证领域** | **■质量管理体系 □环境管理体系 □职业健康安全管理体系** |
| **依据标准** | **Q：GB/T 19001-2016idtISO 9001:2015** |
| **认证范围** | **QMS:** 机电一体化设备、智能检测装备、焊装成套设备、设备智能控制系统、机车轨道装备零部件、汽车零部件的销售**EMS:** **OHSMS:**  |
| **是否在****认可范围** | **QMS:** **□是 ■否****EMS: □是 □否****OHSMS: □是 □否** | **不适用条款** | **8.3** | **专业代码** | 29.12.00 |
| **QMS风险等级** | **三级** | **EMS****风险等级** | **级** | **OHSMS风险等级** | **级** |
| **是否存在****多场所** | **■不存在****□存在（见多场所清单）** | **体系结合度****（结合审核时填写）** | **□两体系结合：100%****□三体系结合:100%** |
| **多场所抽****样及说明** | **个，理由：** |
| **是否存在****临时场所** | **■不存在****□存在：个** | **是否存在外包****过程及活动** | **■否****□是** | **组织雇员数量** | **12人** | **体系范围内覆盖人数** | **12人** |
| **审核人日的确定：****1、基准审核人日数为： QMS: 2.5人/日 EMS: 人/日 OHSMS: 人/日****２、考虑增减因素后确定的审核人日数：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **人日****体系** | **增加人日** | **增加理由** | **减少人日** | **减少理由** | **增减后总人日** |
| **QMS** |  |  | **0.4** | **不适用8.3，减少15%** | **2.1** |
| **EMS** |  |  |  |  |  |
| **OHSMS** |  |  |  |  |  |
| **合计（T）** |  |  |

 |
| **第一阶段****审核方式****说明** | **□第一阶段非现场审核，第二阶段现场审核。****■第一阶段现场审核，整改后安排第二阶段现场审核。****理由：****□组织产品/服务技术复杂程度低、过程简单、风险较低的质量管理体系认证组织。****■通过合同评审和认证风险评估以及与受审组织沟通，能够达到一阶段审核的目的和要求。****□受审核组织曾获其他认证机构同领域的认证证书，且通过合同评审确其管理体系运行成熟。****□受审组织曾获公司其他管理体系认证证书，且通过合同评审能够确定审核范围和二阶段的****关注点。****□公司的再认证组织，且组织机构、管理体系及其运作环境未发生变化。****□受审组织产品/服务技术特征和过程复杂，属于认证风险较大的质量管理体系认证。****□受审组织申请环境管理体系或职业健康安全管理体系认证。****□公司的再认证组织，且组织机构、管理体系及其运行方式发生重大变化。****□其它理由：****合同评审人员/日期：骆海燕 2019.10.16** |
| **结合审核人日数的确定：****受审核方管理体系结合程度系数按照CC106公式****：，** **审核组能力结合程度系数为 ( )****现场审核人日： 人日****其中：一阶段 人日；二阶段 人日****非现场审核人日：人日。总审核人日： 人日** **注1：审核总人日包括现场和非现场审核，非现场审核人日不应超过审核总人日的20%。非现场包括：文件审核、计划、不符合验证及报告编制等工作。****注2：一阶段审核时间一般情况不超过总人日数的1/3；特殊情况需进行调整时，应在审核方案中进行说明。****审核方案人员签名/日期：张敏 2019.** |
| **3.初审一阶段审核方案** |
| **审核方案****说明** | **1.审核组专业能力：■充足 不足，解决办法：委派技术专家 □调整审核人日（）****2审核员个人认证领域资质：■匹配 □不匹配，解决办法：□增加审核天数 □增加审核员** |
| **4.初审二阶段审核方案** |
| **信息变化说明** | **认证范围、专业代码、不适用条款、体系覆盖人数、人日数、多场所抽样的变化：****无****合同评审人: 张敏**  |
| **审核方案****说明** | **1.审核组专业能力：■充足 不足，解决办法：委派技术专家 □调整审核人日（）****2.审核员个人认证领域资质：■匹配 □不匹配，解决办法：□增加审核天数 □增加审核员****审核方案管理人员/日期：张敏**  |
| **5.第一次监督审核方案** |
| **审核人日数** | **：****审核组能力结合程度系数为 (% )****现场审核人日：****总审核人日：1人日** |
| **是否涉及****特殊审核** | **□涉及（例如：暂停恢复）、□不涉及****注：** |
| **信息变化说明** | **获证组织名称、认证范围、专业代码、删减条款、体系覆盖人数、人日数的变化：****合同评审人员/日期：张敏** |
| **多场所抽样说明** |  |
| **审核方案****说明** | **1.审核组专业能力：■充足 不足，解决办法：委派技术专家 □调整审核人日（）****2.审核员个人认证领域资质：■匹配 □不匹配，解决办法：□增加审核天数 □增加审核员****审核方案管理人员/日期：张敏**  |
| **6.第二次监督审核方案** |
| **审核人日数** | **：，****审核组能力结合程度系数为 ( % )****现场审核人日：****总审核人日：1人日** |
| **是否涉及****特殊审核** | **□涉及（例如：暂停恢复）、□不涉及****注：** |
| **信息变化说明** | **获证组织名称、认证范围、专业代码、删减条款、体系覆盖人数、人日数的变化：****合同评审人员/日期：张敏** |
| **多场所抽样说明** |  |
| **审核方案****说明** | **1.审核组专业能力：■充足 不足，解决办法： 委派技术专家 □调整审核人日（）****2.审核员个人认证领域资质：■匹配 □不匹配，解决办法：□增加审核天数 □增加审核员****审核方案管理人员/日期：张敏** |
| **7.再认证审核方案** |
| **审核人日数** | **：，****审核组能力结合程度系数为 ( % )****现场审核人日****总审核人日：1.4人日** |
| **信息变化说明** | **获证组织名称、认证范围、专业代码、删减条款、体系覆盖人数、人日数的变化：****合同评审人员/日期：张敏** |
| **多场所抽样说明** |  |
| **审核方案****说明** | **1.审核组专业能力：■充足 不足，解决办法：委派技术专家 □调整审核人日（）****2.审核员个人认证领域资质：■匹配 □不匹配，解决办法：□增加审核天数 □增加审核员****审核方案管理人员/日期：张敏**  |