**管理体系审核计划（通知）书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受审核方名称 | | | 成都成威实验室设备工程技术有限公司 | | | | | | | | | 项目编号 | 30305-2023-QEO-2024 | | | | | | |
| 注册地址 | | | 四川省成都市武侯区聚龙路 68号1栋6楼69号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核地址 | | | 成都市高新区天益街38号理想中心3栋1109号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 企业联系人 | | | 钱敏 | | 电话 | 13981704111 | | 传真 | | 13981704111 | | | | 体系覆盖  人数 | | | | | Q:20,E:20,O:20 |
| 邮箱 | |  | | | |
| 现场审核日期 | | | 2024年03月23日 上午至2024年03月25日 下午 | | | | | | | | | | | 审核人日数 | | | | | Q:1,E:1,O:1 |
| 审核场所 | | | 一阶段是否实施现场审核 | | | | □是□否 | | | | 是否多场所 | | | | | □是 ☑否 | | | |
| 是否临时场所 | | | | | □是 ☑否 | | | |
| 认证领域 | | | ■QMS □50430 ■EMS ■OHSMS □FSMS □HACCP□EnMS □其它： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核方式 | | | ■现场审核 □远程审核 □现场结合远程审核■语言：汉语 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核依据 | | | Q：GB/T19001-2016/ISO9001:2015,E：GB/T 24001-2016/ISO14001:2015,O：GB/T45001-2020 / ISO45001：2018 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■组织文件化的管理体系信息 ■ 相关国家法律法规及标准 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核类型及目的 | □文审：审查受审核方文件化的管理体系信息是否满足管理体系标准的要求。  □第一阶段审核：了解组织信息及体系策划准备情况，初步确定审核范围，决定二阶段审核时机和重点。  □第二阶段审核：评价受审核方管理体系建立、实施的符合性及有效性，确定是否推荐认证注册。  ■监督审核：管理体系运行是否有效保持并持续改进，确定是否推荐保持认证注册资格。  □再认证：评价管理体系整体的持续符合性与有效性，以及与认证范围的持续相关性和适宜性，以确定是否推荐保持认证注册资格并换发认证证书。  □暂停/恢复：评价暂停原因是否有效消除，确定是否推荐恢复认证资格。（暂停原因：）  □特殊审核：□扩大认证范围□提前较短时间通知的审核 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核范围 | | | Q：认可：实验室家具、教学设备及家具销售；  未认可：实验室通风及气流控制系统、洁净系统、环保系统、实验室气路系统的工程技术开发；装饰装修设计及技术服务  E：实验室通风及气流控制系统、洁净系统、环保系统、实验室气路系统的工程技术开发；实验室家具、教学设备及家具销售；装饰装修设计及技术服务所涉及场所的相关环境管理活动  O：实验室通风及气流控制系统、洁净系统、环保系统、实验室气路系统的工程技术开发；实验室家具、教学设备及家具销售；装饰装修设计及技术服务所涉及场所的相关职业健康安全管理活动 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 专业代码 | | | Q：29.12.00;34.01.02;34.05.00  E：29.12.00;34.01.02;34.05.00  O：29.12.00;34.01.02;34.05.00 | | | | | | | | | | | | 不适用条款 | | |  | |
| **审核组成员信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代号 | 审核组 | 姓名 | | 性别 | 审核员注册资格 | | | | 专业代码 | | | | | | | | | 联系电话 | |
| A | 组长 | 明利红 | | 女 | 2023-N1QMS-4093634  2021-N1EMS-3093634  2022-N1OHSMS-3093634 | | | | Q:29.12.00,34.01.02,34.05.00  E:29.12.00,34.01.02,34.05.00  O:29.12.00,34.01.02,34.05.00 | | | | | | | | | 13368090815 | |
| 审核部联系人：  夏僧道  010-5824 6003  2024-03-22 | | | | | | | | | 受审核方代表签字：  受审核方：（盖章）  年月日 | | | | | | | | | | |
| 备注：  1）所有与审核策划及审核实施有关的一切事宜，均请企业/审核组长与公司审核部项目管理员直接联系。  2）审核计划应在审核实施前完成，并提前交给受审核组织确认。  3）请审核老师提交电子版案卷或直接将电子版文件上传到项目执行。  4）审核日程安排表见后页“**附审核计划日程安排**”**。**  5）为便捷贵公司与我认证机构联系，我机构建立了企业微信，请贵公司负责人员微信扫码右侧二维码添加我机构企业微信号。 | | | | | | | | | | | | | | | | | **国标联合**  **企业微信号** | | |
|  | | |

**附：审核日程安排表**

| **审核时间** | | **审核员代号** | **受审核部门** | **过程/活动/条款/（远程工具）** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |
| 备注：审核组沟通时间：每天19：00-20：00 审核期间不定时沟通。含现场时间8H，满足50%现场的要求。  每天中午12：00-12：30审核员午餐时间。 | | | | | | |
| 编制人： | |  | | | 编制日期： | 年 月 日 |
| 说明 | 1、对所有场所/部门的审核均应关注对标准通用要求的审核抽样（如：质量目标、管理职责、文件记录控制、资源管理、信息沟通、过程监视测量、持续改进等）  2、如审核计划有变更，请将变更内容详细记录在中“信息沟通（变更）记录”，并及时与审核部确认。  3、多场所审核日程安排应体现总部与分场所距离及路程所需时间，路程时间不计算人日。（注：此表可附页） | | | | | |