**管理体系审核计划（通知）书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受审核方名称 | | | 厦门好中豪食品科技有限公司 | | | | | | | | | 项目编号 | 20107-2024-FH | | | | | | |
| 注册地址 | | | 厦门市海沧区新乐路29号综合楼一层和二层D区 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核地址 | | | 厦门市海沧区新乐路29号综合楼一层和二层D区 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 企业联系人 | | | 彭绍钦 | | 电话 | 18006016727 | | 传真 | | 13850036076 | | | | 体系覆盖  人数 | | | | | F:25,H:25 |
| 邮箱 | |  | | | |
| 现场审核日期 | | | 2024年06月08日 上午至2024年06月09日 下午 | | | | | | | | | | | 审核人日数 | | | | | F:1.5,H:2.5 |
| 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 | | | F：ISO 22000:2018,H：危害分析与关键控制点（HACCP）体系认证要求（V1.0） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■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 | | | F：位于厦门市海沧区新乐路29号综合楼一层和二层D区厦门好中豪食品科技有限公司的食材果蔬配送、资质范围内单位食堂集体用餐配送、餐饮管理服务(热食类食品制售）  H：位于厦门市海沧区新乐路29号综合楼一层和二层D区厦门好中豪食品科技有限公司的食材果蔬配送、资质范围内单位食堂集体用餐配送、餐饮管理服务(热食类食品制售） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 专业代码 | | | F：E ;GII  H：E ;GII | | | | | | | | | | | | 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 | |
|  | 组长 | 黄童彤 | | 女 | 2024-N1FSMS-1301841  2024-N1HACCP-1301841 | | | | F:E  H:E | | | | | | | | | 13903981345 | |
|  | 组员 | 邝柏臣 | | 男 | 2023-N1FSMS-2222839  2023-N1HACCP-2222839 | | | | F:E,GII  H:E,GII | | | | | | | | | 13428842228 | |
| 本次审核项目见证目的：组长见证 见证人：邝柏臣 被见证人：黄童彤 被见证体系:FH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核部联系人：  李永忠  010-5824 6003  2024-05-21 | | | | | | | | | 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） | | | | | |