



编 号: 0328-2020-QEO

一 阶 段 审 核 通 知 书

受审核方: 山东鄄城同心科教仪器设备有限公司

联系电话: 18364009992 ; 传真: ; 手机: 18364009992

尊敬的 刘素兰 先生/女士:

根据我公司与贵方电话/书面约定,我们将从 2020 年 07 月 06 日 上午至 2020 年 07 月 07 日 上午 (共 1.5 天)

对贵方进行管理体系审核。

任命 姜海军 先生/女士为审核组长 (联系电话: 18853053088)

请您对以下内容进行确认

审核领域: _____

审核类型: Q:一阶段远程,E:一阶段远程,O:一阶段远程

认证范围: Q: 教学仪器、实验室成套设备、学生课桌椅、音体美卫器材、幼教器材、玻璃仪器、多媒体教学设备、计算机及设备、办公家具、公寓家具、净水设备、消防器材、环保无尘粉笔的销售

E: 教学仪器、实验室成套设备、学生课桌椅、音体美卫器材、幼教器材、玻璃仪器、多媒体教学设备、计算机及设备、办公家具、公寓家具、净水设备、消防器材、环保无尘粉笔的销售所涉及场所的相关环境管理活动

O: 教学仪器、实验室成套设备、学生课桌椅、音体美卫器材、幼教器材、玻璃仪器、多媒体教学设备、计算机及设备、办公家具、公寓家具、净水设备、消防器材、环保无尘粉笔的销售所涉及场所的相关职业健康安全活动

GJB :

审核组成员及联系电话

审 核 组 成 员

姓名	性别	审核职务	专业代码	联系电话
姜海军	男	组长	Q:29.12.00 E:29.12.00 O:29.12.00	18853053088

审核组将何时贵单位与管理体系相关的方针、程序是否满足申请标准的所有要求,并确认贵单位是否具有满足认证业务范围的能力

审核将依据审核计划进行,如您对审核组人选及日程安排有异议,请及时提出书面理由。如果通知发出三日内无回复意见,我们将按计划进行。

*固定场所 处, 临时场所/流动场所 处。(如果遗漏,请立即补报)

谢谢合作!

以上内容如有不明处,请与我公司审核部联系。联系电话/传真:

发送日期: 2020.7.1

发送人: 李永忠