**审核计划**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受审核方 | | | 赣州市水晶梦家居有限公司 | | | | | | | | | | | | | |
| 受审核方地址 | | | 江西省赣州市南康区经济开发区龙岭家具产业园 | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人 | | | 肖海军 | | | 联系电话 | | 0797-6634876 | | | | 邮编 | |  | | |
| 最高管理者 | | | 唐利花 | | | 传真 | |  | | | | 邮箱 | |  | | |
| **合同编号**. | | | 0021-2019-QE | | | **审核领域** | | | □QMS□50430□EMS□OHSMS | | | | | | | |
| **审核类型** | | | **Q:补充,E:补充,O:补充** | | | | | | | | | | | | | |
| 审核目的 | | | **□认证注册：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **☑保持认证注册资格：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **□恢复认证注册资格：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **□扩大认证范围 ：**  **□其它：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。** | | | | | | | | | | | | | |
| 审核范围 | | | Q：软体床、软体沙发、弹簧软床垫的生产  E：软体床、软体沙发、弹簧软床垫的生产所涉及场所的相关环境管理活动  O：软体床、软体沙发、弹簧软床垫的生产所涉及的职业健康安全管理活动 | | | | | | | | | | 专业  代码 | | Q：23.01.03;23.01.04  E：23.01.03;23.01.04  O：23.01.03;23.01.04 | |
| 审核准则 | | | **■ GB/T 19001:2016 idt ISO 9001:2015标准 不适用条款:**  **□ GB/T 50430-2017标准 不适用条款:**  **■ GB/T 24001-2016 idt ISO 14001:2015标准**  **□GB/T 28001-2011 idt OHSMS 18001:2007标准**  **■ ISO45001：2018标准**  **☑ 受审核方管理体系文件 ☑适用的法律法规 ☑认证合同** | | | | | | | | | | | | | |
| 审核日期 | | | **现场审核于****2020年07月14日 下午至****2020年07月14日 下午，共** **0.5 天。** | | | | | | | | | | | | | |
| 审核语言 | | | ☑**普通话** □**英语** □**其他** | | | | | | | | | | | | | |
| 审核组成员 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | 性别 | | 职务 | 注册级别 | 注册编号 | | | | | 专业代码 | | | | | 组内代号 |
| 伍光华（A） | | 男 | | 组长 | Q:审核员  E:审核员  O:审核员 | 2017-N1QMS-1219448  2017-N1EMS-1219448  2018-N1OHSMS-1219448 | | | | | Q:23.01.03,23.01.04  E:23.01.03,23.01.04  O:23.01.03,23.01.04 | | | | | ISC[S]0290 |
| 文波（B） | | 男 | | 组员 | Q:审核员  E:审核员  O:审核员 | 2019-N1QMS-1257737  2019-N1EMS-1257737  2020-N1OHSMS-1257737 | | | | | Q:23.01.04  E:23.01.04  O:23.01.04 | | | | | ISC-257737 |
| **承诺: 在审核过程中接触的有关受审核方特定产品或机密信息，未经受审核方书面同意不得透露给第三方。当法律要求需要信息提供给第三方时，公司书面通知受审核方所要提供的信息。** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核组长 | 伍光华 | | | | | | 受审核方  签字及公章 | | |  | | | | | | |
| 联系电话 | 13907930788 | | | | | |
| 日期 | 2020.7.8 | | | | | | 日期 | | |  | | | | | | |

**现场审核日程安排表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **审核日程安排** | | | | | |
| **日期** | **时间** | **部门** | **过程** | **涉及条款** | **审核人员** |
| **2020.7.14** | **13：30-17：30** |  | **首次会议** |  | **AB** |
| **生产部** | **现场核验** | QMS: 5.3组织的岗位、职责和权限、6.2质量目标、8.1运行策划和控制、8.3产品和服务的设计和开发、8.5.1生产和服务提供的控制、8.5.2产品标识和可追朔性、8.5.4产品防护、8.5.6生产和服务提供的更改控制  EMS: 5.3组织的岗位、职责和权限、6.2环境目标、6.1.2环境因素、8.1运行策划和控制、8.2应急准备和响应、  OHSMS: 5.3组织的岗位、职责和权限、6.2职业健康安全目标、6.1.2危险源辨识与评价、8.1运行策划和控制、8.2应急准备和响应， | **A** |
| **供销部** | **现场核验** | QMS:5.3组织的岗位、职责和权限、6.2质量目标、8.2产品和服务的要求、8.4外部提供过程、8.5.3顾客或外部供方的财产、9.1.2顾客满意、8.5.5交付后的活动、  EMS: 5.3组织的岗位、职责和权限、6.2环境目标、6.1.2环境因素识别与评价、8.1运行策划和控制、8.2应急准备和响应，  OHSMS: 5.3组织的岗位、职责和权限、6.2职业健康安全目标、6.1.2危险源辨识与评价、8.1运行策划和控制、8.2应急准备和响应， | **B** |
|  | **末次会议：**补充及跟踪审核：审核组内部沟通；审核组与受审核方领导层沟通；  末次会仪：综合评价QMS\EMS\OHSMS管理体系运行总体情况及改进要求，宣告审核发现及审核结论。 | | **AB** |

**注：每次监督审核必审条款：**

1. **Q：4.1、4.2、4.3、4.4、5.2、5.3、6.1、6.2、6.3、8.1、8.2、8.3、8.4、8.5、8.6、8.7、9.1、9.2、9.3、10.2、10.3;**
2. **J:3.2、3.3、3.4、4.2、4.3、5.2、5.3、6.2、6.3、7.2、7.3、7.4、8、9、10、11、12**
3. **E:4.1、4.2、4.3、4.4、5.2、5.3、6.1、6.2、8.1、8.2、9.1、9.2、9.3、10.2、10.3**
4. **S：4.1、4.2、4.3.1、4.3.2、4.3.3、4.4.1、4.4.3、4.4.6、4.4.7、4.5.1、4.5.2、4.5.3、4.5.5、4.6**
5. **除以上必审条款外还需审核：标准/规范/法规的执行情况、上次审核不符合项的验证、认证证书、标志的使用情况、投诉或事故、监督抽查情况、体系变动**