



编 号:

二 阶 段 审 核 通 知 书

受审核方: 山东方达科教仪器有限公司

联系电话: 13355300228 ; 传真: ; 手机: 13355300228

尊敬的 全红义 先生/女士:

根据我公司与贵方电话/书面约定,我们将从 2019 年 09 月 06 日 下午至 2019 年 09 月 09 日 下午 (共 3.5 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:)

请您对以下内容进行确认

审核领域: _____

审核类型: E:二阶段, Q:二阶段, O:二阶段

认证范围: 主证书范围: E: 教学仪器设备、实验室设备、音体美卫劳器材、心理咨询室设备、学生课桌椅、学生公寓用品、图书架、办公家具、文教办公用品、幼儿园教具、玩具、多媒体教学设备、校园网络监控设备、校园实训设备、玻璃器皿、环保仪器的销售及相关环境管理活动

Q: 教学仪器设备、实验室设备、音体美卫劳器材、心理咨询室设备、学生课桌椅、学生公寓用品、图书架、办公家具、文教办公用品、幼儿园教具、玩具、多媒体教学设备、校园网络监控设备、校园实训设备、玻璃器皿、环保仪器的销售

O: 教学仪器设备、实验室设备、音体美卫劳器材、心理咨询室设备、学生课桌椅、学生公寓用品、图书架、办公家具、文教办公用品、幼儿园教具、玩具、多媒体教学设备、校园网络监控设备、校园实训设备、玻璃器皿、环保仪器的销售及相关职业健康安全管理活动

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	E:29.10.05, 29.10.06, 29.12.00 Q:29.10.05, 29.10.06, 29.12.00 O:29.10.05, 29.10.06, 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:

发送人: