**认证信息变更传递单**

**合同编号 :** **0297-2020-Q 组织名称:**江苏佳华医疗用品有限公司

|  |  |
| --- | --- |
| **变更类型** |  |
| **1.合同号变更**原认证合同号：□QMS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □EMS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□OHSMS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□其它：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 现认证合同号：□QMS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□EMS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□OHSMS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□其它：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **2．认证类型变更：原认证领域及证书类型:**□QMS: □CNAS □EMS: □CNAS □OHSMS: □CNAS  | 现变更为:□QMS: □CNAS □EMS: □CNAS □OHSMS: □CNAS  |
| **3．认证标准变更**：原依据标准：现依据标准为：4．**认证范围变更**：**5**．**人数变更**：**6**．**组织名称变更**(需提供证明材料)：原名称：名称变更为:**7．地址变更**：原（£经营地址，£生产地址，£注册地址）：现（£经营地址，£生产地址，£注册地址）：**8. 其它变更：** |
| **变更后的评审：**1．涉及专业代码变化：2．变更后对应的认证范围是否被认可：□QMS:□是/□否，□EMS:□是/□否，□OHSMS:□是/□否，□:□是/□否3．涉及人日变化：□QMS/□EMS/□OHSMS: □初审人日, □监审人日人日增减的理由： **申请评审人员签字/日期: 申请评审负责人签字/日期：** |
| **信息变更传递涉及部门：** |
| **审核部/日期** | **认证决定部** | **分支管理部/日期** | **相关部门/日期** | **主管领导（必要时）/日期** |