**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** |