**合同编号.:**

**组织认证证书信息确认书**

**为保证认证证书准确反映组织实际情况及管理体系特点，请将组织准确名称、地址、体系覆盖范围等有关信息正式表述如下，以便打印认证证书时作为依据。**

**组织名称 (中文)：****江西省高峰碳酸钙有限公司**

**(英文)：**

**组织注册地址(中文)：****江西省宜春市高安市工业园（相城镇会上行政村）邮编:** **330800**

**(英文)：**

**□组织经营地址(中文)：****江西省宜春市高安市工业园（相城镇会上行政村）邮编:****330800**

**(英文)：**

**□组织经营地址1(中文)：邮编:**

**(英文)：**

**组织机构代码证号（社会信用号）：****913609837670372557传真：****电话.：****0795-5288016**

**法人代表：****熊志明管代/联系人(职务)：****熊志强组织人数：****45**

**认证标准：****E：GB/T 24001-2016/ISO14001:2015,O：GB/T45001-2020 / ISO45001：2018认证类型：****E:二阶段,O:二阶段**

**变更内容：□组织名称变更□地址变更□认证范围变更（□扩大□缩小）**

**E：工业碳酸钙的生产所涉及场所相关的环境管理活动**

**O：工业碳酸钙的生产所涉及场所相关的职业健康安全管理活动□QMS（英文：）：**

**□EMS（英文：）：**

**□OHSMS（英文：）**

**需加印证书数量：中文证书张；英文证书张。**

**备注：**

**受审核方代表(签字盖章)：组长确认：**

**日期：日期：**

**注：**

**1、填写本说明并不代表贵单位已通过认证；2、本说明中填写的管理体系覆盖范围，应与末次会议上宣布的及审核报告上确认的范围一致；3、请在申请认证组织名称处加盖公章；4、组织三个地址一致时只需填写一个，其余填“同上”，不同时分别填写；5、组织需自行提供英文版认证证书信息。6、组织如不能自行提供英文信息的，中心可协助翻译，组织需缴纳翻译费200元；7、翻译费用可直接与审核费用一同汇入我中心账户或由审核组长从现场带回。**