



编 号: _

二 阶 段 审 核 通 知 书

受审核方: 山东艾迪尔科教设备制造有限公司

联系电话: 15853018765 ; 传真: ; 手机: 15853018765

尊敬的 冯娜娜 先生/女士:

根据我公司与贵方电话/书面约定, 我们将从 2019 年 10 月 18 日 下午至 2019 年 10 月 21 日 上午 (共 3.0 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: Q:二阶段, E:二阶段, O:二阶段

认证范围: 主证书范围: Q: 教学仪器设备、音体美卫劳器材、课桌椅、床、柜、书架、图书馆设备、幼儿玩具、床上用品、校服、实验室设备、水处理设备、办公用品、数字化多媒体设备、教学软件的销售

E: 教学仪器设备、音体美卫劳器材、课桌椅、床、柜、书架、图书馆设备、幼儿玩具、床上用品、校服、实验室设备、水处理设备、办公用品、数字化多媒体设备、教学软件的销售及相关环境管理活动

O: 教学仪器设备、音体美卫劳器材、课桌椅、床、柜、书架、图书馆设备、幼儿玩具、床上用品、校服、实验室设备、水处理设备、办公用品、数字化多媒体设备、教学软件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	Q:29.12.00 E:29.12.00 O: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: