**审核计划**

|  |  |
| --- | --- |
| 受审核方 | 成都联印包装有限公司 |
| 受审核方地址 | 四川省成都市高新区西区西源大道76号 |
| 联系人 | 王瑞 | 联系电话 | 18829841889 | 邮编 | 610000 |
| 最高管理者 |  | 传真 |  | 邮箱 | 1874952083@qq.com |
| **合同编号**. | 0213-2021-Q | **审核领域** | ■QMS□EMS□OHSMS |
| **审核类型** | **质量管理体系：初次认证第（二）阶段** |
| 审核目的 | **□第二阶段审核：验证组织管理体系的建立、实施运行的符合性及有效性，以确定是否推荐认证注册。****□再认证：验证组织管理体系的符合性和持续有效性，以确定是否推荐保持认证注册资格并换发认证证书。****□特殊审核: □确定是否推荐同意扩大范围的申请并换发认证证书。****□跟踪调查投诉、曝光情况，确认获证客户是否已实施有效的整改措施。****□调查获证客户变更信息，确定管理体系持续有效运行。****□对被暂停客户进行跟踪审核，验证被暂停原因是否已消除，以确定是否恢复认证注册资格。****□验证管理体系实施运行的符合性及有效性。** |
| 审核范围 | 纸制包装制品、塑料食包加工(限许可范围内） | 专业代码 | 07.02.05;14.02.02 |
| 审核准则 | **GB/T19001-2016/ISO9001:2015** |
| 审核日期 | **现场审核于****2021年03月25日 上午至2021年03月26日 下午 (共2.0天)** |
| 审核语言 | □**普通话**□**英语**□**其他** |
| 审核组成员 |
| 姓名 | 组内身份 | 性别 | 注册资格 | 专业代码 | 联系电话 | 组内代号 |
| 张心 | 组长 | 女 | 审核员 | 07.02.05,14.02.02 | 15023289133 | ISC-207381 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **承诺: 在审核过程中接触的有关受审核方特定产品或机密信息，未经受审核方书面同意不得透露给第三方。当法律要求需要信息提供给第三方时，公司书面通知受审核方所要提供的信息。** |
| 审核组长 |  | 审核方案管理人员 |  | 受审核方签字及公章 |  |
| 联系电话 |  |
| 日期 |  | 日期 |  | 日期 |  |

**现场审核日程安排表**

|  |
| --- |
| **审核日程安排** |
| **日期** | **时间** | **部门** | **过程** | **涉及条款** | **审核人员** |
|  |  |  |  |  |  |

**注：每次监督审核必审条款：**

1. **Q：4.1、4.2、4.3、4.4、5.2、5.3、6.1、6.2、6.3、8.1、8.2、8.3、8.4、8.5、8.6、8.7、9.1、9.2、9.3、10.2、10.3;**
2. **J:3.2、3.3、3.4、4.2、4.3、5.2、5.3、6.2、6.3、7.2、7.3、7.4、8、9、10、11、12**
3. **E:4.1、4.2、4.3、4.4、5.2、5.3、6.1、6.2、8.1、8.2、9.1、9.2、9.3、10.2、10.3**
4. **S：4.1、4.2、4.3.1、4.3.2、4.3.3、4.4.1、4.4.3、4.4.6、4.4.7、4.5.1、4.5.2、4.5.3、4.5.5、4.6**
5. **除以上必审条款外还需审核：标准/规范/法规的执行情况、上次审核不符合项的验证、认证证书、标志的使用情况、投诉或事故、监督抽查情况、体系变动**