



编 号:

审 核 通 知 书

受审核方: 山东博方教学设备有限公司
联系电话: 17515726362 ; 传真: ; 手机: 17515726362

尊敬的 曹广钊 先生/女士:

根据我公司与贵方电话/书面约定, 我们将从 2019年11月10日上午 至 2019年11月12日下午 (3.0)

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: Q: 教学仪器、幼儿教具、厨房设备、音体美卫劳器材、探究仪器、多媒体教学设备、云教室、录播系统、监控设备、心理咨询室设备、学生课桌椅、床、学生校服、地理历史教室设备、玻璃仪器、家用电器、数码产品、办公设备、办公家具、实验室成套设备、环保仪器、仪器橱柜、健身器材、3D实训室配套设施的销售。

E: 教学仪器、幼儿教具、厨房设备、音体美卫劳器材、探究仪器、多媒体教学设备、云教室、录播系统、监控设备、心理咨询室设备、学生课桌椅、床、学生校服、地理历史教室设备、玻璃仪器、家用电器、数码产品、办公设备、办公家具、实验室成套设备、环保仪器、仪器橱柜、健身器材、3D实训室配套设施的销售及所涉及场所的相关环境管理活动。

O: 教学仪器、幼儿教具、厨房设备、音体美卫劳器材、探究仪器、多媒体教学设备、云教室、录播系统、监控设备、心理咨询室设备、学生课桌椅、床、学生校服、地理历史教室设备、玻璃仪器、家用电器、数码产品、办公设备、办公家具、实验室成套设备、环保仪器、仪器橱柜、健身器材、3D实训室配套设施的销售及所涉及场所的相关职业健康安全管理活动。

审核类型: Q: 监查 1, E: 监查 1, O: 监查 1

认证范围: 主证书范围: 质量管理体系, 环境管理体系, 职业健康安全管理体系

QMS: □50430

EMS: _____

OHSMS: _____

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

审核组将核实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: