不 符 合 项 报 告

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **审核领域及类型** | **■QMS****□EMS****□OHSMS**  **质量管理体系：初次认证第（二）阶段** | | |
| **受审核方** | **成都爱天使健康咨询有限公司** | | |
| **受审核部门** | **业务部** | **陪同人员** | **陈华** |
| **不符合事实描述:**  **查供方成都大德医疗器械有限公司（供应：手套、口罩等），不能提供供方评价记录。不符合标准8.4.1）组织应基于外部供方按照耍求提供过程、产品和服务的能力，确定并实施对外部供方的评价、选择、绩效监视以及再评价的准则。对于这些活动和由评价引发的任何必要的措施，组织应保留成文信息。**  **上述事实不符合：☑ GB/T 19001:2016 idt ISO 9001:2015标准8.4.1条款**  **□ GB/T 50430-2017标准 条款:**  **□ GB/T 24001-2016 idt ISO 14001:2015标准 条款**  **□ GB/T 28001-2011 idt OHSAS 18001:2007标准 条款**  **□ ISO45001：2018标准 条款相关要求**  **不符合性质：□严重　　　☑一般**  d7de3ae164cf7699def4c632e53688b梅月d7de3ae164cf7699def4c632e53688b**审核员： 审核组长： 受审核方代表：**  **日 期：2021.8.3 日 期：2021.8.3 日 期：** | | | |
| **纠正措施验证（包括验证的主要内容和结果）**  d7de3ae164cf7699def4c632e53688b **审核员： 日期：** | | | |

不符合项纠正措施表

|  |
| --- |
| **不符合项事实摘要：** |
| **纠正情况：** |
| **原因分析：** |
| **纠正措施：**  **预定完成日期：** |
| **举一反三检查情况：** |
| **受审核方纠正措施有效性的验证：**  **验证人： 日期：** |

**受审核方代表： 日期：**