



编 号: 0331-2019-QEO

一 阶 段 审 核 通 知 书

受审核方: 山东鄄城佳新仪器有限公司

联系电话: 15265029699 ; 传真: ; 手机: 15265029699

尊敬的 张燕永 先生/女士:

根据我公司与贵方电话/书面约定,我们将从 2019 年 07 月 16 日 上午至 2019 年 07 月 17 日 上午 (共 1.5 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: 18853053088)

请您对以下内容进行确认

审核领域: QMS EMS OHSMS

审核类型: Q:一阶段现场,E:一阶段现场,O:一阶段现场

认证范围: Q: 教学仪器、实验室仪器、数码产品、农产品检验检测设备、食品药品检测设备、环保检测设备、质量技术检验检测设备、动物防治设备、仪器仪表、化学化工仪器、石油化工仪器、办公设备、水利检测设备、路桥检测设备、计算机的销售

E: 教学仪器、实验室仪器、数码产品、农产品检验检测设备、食品药品检测设备、环保检测设备、质量技术检验检测设备、动物防治设备、仪器仪表、化学化工仪器、石油化工仪器、办公设备、水利检测设备、路桥检测设备、计算机的销售及相关环境管理活动

O: 教学仪器、实验室仪器、数码产品、农产品检验检测设备、食品药品检测设备、环保检测设备、质量技术检验检测设备、动物防治设备、仪器仪表、化学化工仪器、石油化工仪器、办公设备、水利检测设备、路桥检测设备、计算机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：2019.7.12

发送人：骆海燕