



一 阶 段 审 核 通 知 书

受审核方: 山东天幕显示科技有限公司

联系电话: 13699102888 ; 传真: ; 手机: 13699102888

尊敬的 孔令安 先生/女士:

根据我公司与贵方电话/书面约定,我们将从 2020年01月16日 上午至2020年01月16日 (共0.5天)

对贵方进行管理体系审核。

任命 周文廷 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: 一阶段现场

认证范围: 投影球幕、音视频多媒体产品的销售

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
周文廷	男	组长	29.08.03	13831886852

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: