

**Vielen Dank für Ihr Interesse. Bitte füllen Sie den Fragebogen komplett aus und senden ihn zusammen mit Ihren Unterlagen zurück an obige Adresse. Wenn Sie weitere Information benötigen oder Fragen diesbezüglich haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.**

## Allgemeine Angaben

Name des Unternehmens:		E-Mail:	
Straße, Hausnummer		Telefon:	
PLZ / Ort:		Internet:	
Ansprechpartner/Funktion:		Branche:	

## zu übernehmende Zertifizierung für Managementsysteme

<input type="checkbox"/> DIN EN ISO 9001	<input type="checkbox"/> systemQM	<input type="checkbox"/> QM-FAM Reha
<input type="checkbox"/> DEGEMED	<input type="checkbox"/> FVS/DEGEMED	<input type="checkbox"/> QMS-REHA

## Erforderliche Angaben für die Übertragung der vorhandenen Zertifizierungen

abgebende Zertifizierungsstelle:	
Geltungsbereich des bisherigen Zertifikates:	
Zertifikat(e) gültig bis: (Bitte aktuelles Zertifikat beifügen)	
letztes Audit der abgebenden Zertifizierungsstelle:	<input type="checkbox"/> Erstzertifizierungsaudit <input type="checkbox"/> Überwachungsaudit <input type="checkbox"/> Rezertifizierungs- bzw. Wiederholungsaudit
Datum des letzten Audits:	
Ihr gewünschter Audittermin:	
Bericht des letzten Erst- bzw. Rezertifizierungsaudits sowie des letzten Überwachungsaudits vorliegend?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Grund/Gründe für den Wunsch der Übertragung:	
Sind Prozesse/Bereiche ausgegliedert? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA (bitte angeben, welche):	
Nicht anwendbare Normkapitel vorliegend: (z.B. Kap. 8.3. Entwicklung) <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA (bitte angeben, welche):	
Inanspruchnahme von ext. Beratungsdienstleistungen in Bezug auf Ihr QMS? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA (bitte angeben, welche):	

einzubindende Standorte	Name/Firmierung Adresse des Standorts	Anzahl Vollzeitäquivalente (*1)	Alternativ, statt Angabe Vollzeitäquivalente: Aufschlüsselung der MA			Anzahl Schichten je Standort
			Anzahl Vollzeitzellen (*2)	Anzahl Teilzeitzellen (*2)	Anzahl geringf. Beschäftigte (*2) <small>(520 €-Basis bzw. ungelernete Aushilfskräfte)</small>	
Standort 1 <small>(ZENTRALE ODER EINZELSTANDORT):</small>	NAME: ADRESSE:					
Standort 2 <small>(falls vorhanden)</small>	NAME: ADRESSE:					
Standort 3 <small>(falls vorhanden)</small>	NAME: ADRESSE:					
Standort 4 <small>(falls vorhanden)</small>	NAME: ADRESSE:					
Standort 5 <small>(falls vorhanden)</small>	NAME: ADRESSE:					

(\*1) Vollzeitäquivalente: dabei entsprechen z. B. 2 50%-Stellen einem Vollzeitäquivalent (\*2) Inkl. Auszubildende und Leiharbeiter

Bei mehreren Standorten bitte die Spaltenangaben für jeden Standort ausfüllen.

### Erforderliche Bestätigungen für die Übertragung der vorhandenen Zertifizierungen

<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass seit dem letzten Audit keine offenen Abweichungen bestehen, dass das vorhandene Zertifikat nicht von Einschränkung, Zurückziehung oder Entzug bedroht ist und dass keine offenen Beschwerden gegen den/die Zertifikatsinhaber/-in bestehen.
--------------------------	---

#### Allgemeiner Hinweis:

Im Rahmen des Übertragungsverfahrens kann es notwendig werden, weitere Unterlagen/Informationen zur Übertragung der bestehenden Zertifizierung von der abgebenden Zertifizierungsstelle anzufordern. In diesem Fall würden wir uns im Vorfeld zwecks Erteilung Ihrer Genehmigung mit Ihnen in Verbindung setzen.

#### Bestätigung der Richtigkeit der Angaben:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bevollmächtigte Vertretung der Organisation

Zur weiteren Abstimmung nehmen wir unter den o. g. Daten Kontakt mit Ihnen auf bzw. lassen Ihnen ein auf Sie zugeschnittenes Angebot zukommen.