|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKŁAD CERTYFIKACJI WYROBÓW**INSTYTUT TECHNOLOGII BEZPIECZEŃSTWA„MORATEX” ul. M. Skłodowskiej-Curie 3, 90-505 Łódźtel.: 42 633 85 97, e-mail: zcw@moratex.eu | nowe_logo_mrx |

**Formularz nr 1**

##  Strona/n 1/2 Data wydania: 05.2018

**WNIOSEK O CERTYFIKACJĘ WYROBU**

**(program certyfikacji PRCW-01, PRCW-02, PRCW-03)\*)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| W CELU | Udzielenia\*) Przedłużenia\*)Inne\*)**CERTYFIKATU** | Na zgodność z: |
| **NUMER REJESTRACYJNY** | **DATA** **ZŁOŻENIA** | PRZYJMUJĄCY | **DATA REJESTRACJI** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Producent |  | Importer |  | Inny |  |
| **KLIENT** | Nazwa firmy: Adres: tel/fax: e-mailNIP: |
|  | Imię i nazwisko upoważnionego przedstawiciela klienta: Stanowisko: tel/fax: e-mail |
|  | Nazwa wyrobu, typ, model, odmiana, symbol:  |
|  | Przeznaczenie:  |
|  | Nr poprzedniego certyfikatu:  |  |
| **PRZEDMIOT****OCENY** | Miejsce produkcji:Nazwa firmy:Adres:tel/fax: e-mail | Rok uruchomieniaprodukcji wyrobu: |
|  | Inne posiadane certyfikaty na zgłaszany wyrób, symbol certyfikatu: Data ważności: Instytucja, która go wydała: |

**KLIENT ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO:**

1. Spełnienia wszystkich wymagań wynikających z ubiegania się o certyfikację wyrobów, zawartych w programie certyfikacji i dokumentach normatywnych stanowiących podstawę oceny, z którymi się zapoznał i akceptuje.
2. Wniesienia ustalonej opłaty wstępnej.
3. Podpisania z ZCW umowy o certyfikację.
4. Uiszczenia pełnej opłaty za przeprowadzenie certyfikacji niezależnie od jej wyniku.

**PODSTAWĄ WYDANIA CERTYFIKATU JEST:**

1. Podpisana umowa o certyfikację.
2. Pozytywny wynik procesu certyfikacji wyrobu.
3. Uiszczenie pełnej opłaty za przeprowadzenie certyfikacji.

*Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji niniejszego procesu certyfikacji oraz w celach rachunkowych i podatkowych.*

*Administratorem danych jest Instytut Technologii Bezpieczeństwa „MORATEX” z siedzibą w Łodzi (90-505) przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 3. Aby skontaktować się
z nami, wyślij wiadomość pod e-mail:* *itb@moratex.eu* *lub zadzwoń pod numer tel. 42 637-37-10.*

*Inspektorem Ochrony Danych jest Mateusz Gajdacz. Aby skontaktować się z nim, wyślij wiadomość pod e-mail:* *mgajdacz@moratex.eu* *lub zadzwoń pod numer tel. 42 637-37-10.*

*Dane będą przechowywane w czasie niezbędnym do zrealizowania celu, maksymalnie przez okres 10-ciu lat (dane służące do realizacji procesu certyfikacji) oraz
6-ciu lat (informacje rozliczeniowe).*

*Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.*

*Podanie danych jest dobrowolne, ale stanowi warunek zawarcia umowy. Niepodanie tych danych uniemożliwi jej zawarcie.*

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKŁAD CERTYFIKACJI WYROBÓW**INSTYTUT TECHNOLOGII BEZPIECZEŃSTWA„MORATEX” ul. M. Skłodowskiej-Curie 3, 90-505 Łódźtel.: 42 633 85 97, e-mail: zcw@moratex.eu | nowe_logo_mrx |

**Formularz nr 1**

**Strona/n 2/2 Data wydania: 05.2018**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dokumenty i informacje załączone do wniosku** | **Odpowiednie zaznaczyć** | **Status wydania dokumentu, symbol, nr, data wydania** |
| 1. | Dokumentacja Techniczno-Technologiczna | Identyfikacja wyrobu | Rysunki, fotografie, karty katalogowe, przeznaczenie, zakres stosowania |  |  |
| Opis procesu wytwarzania | Zastosowane surowce |  |  |
| Operacje technologiczne |  |  |
| Parametry technologiczne i użytkowe |  |  |
| Sposób pakowania |  |  |
| Sposób kontroli jakości i nadzoru nad wyrobem niezgodnym |  |  |
| Informacje dostarczane z wyrobem | Wzory etykiet, sposób konserwacji |  |  |
| Instrukcje używania |  |  |
| 2. | Opinie innych jednostek |  |  |
| 3. | Wzór wyrobu |  |  |
| 4. | Kwestionariusz Klienta/producenta lub importera/dystrybutora |  |  |
| 5. | Protokół komisyjnego pobrania prób |  |  |
| 6. | KRS  |  |  |
| 7.  | Inne |  |  |

Raporty z badań w laboratoriach niezależnych *(jeżeli były wykonane)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numer** | **Data** | **Jednostka wykonująca badania laboratoryjne** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Miejscowość, data Podpis osoby upoważnionej

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*) niepotrzebne skreślić

Pola zaciemnione wypełnia ZCW