|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKŁAD CERTYFIKACJI WYROBÓW**INSTYTUT TECHNOLOGII BEZPIECZEŃSTWA„MORATEX” ul. M. Skłodowskiej-Curie 3, 90-505 Łódźtel.: 42 633 85 97, e-mail: zcw@moratex.eu | C:\Users\HM\Desktop\2017_Certyfikaty_ZCW\nowe_logo_mrx.png |

**Formularz nr 38a**

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

**WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE CERTYFIKACJI PARTII WYROBÓW**

**w zakresie akredytacji OiB**

(PRCW OiB – 02)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **W CELU** | **WYDANIA CERTYFIKATU** | Na zgodność z: |
| **NUMER REJESTRACYJNY** | **DATA** **ZŁOŻENIA** | PRZYJMUJĄCY | **DATA REJESTRACJI** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa wnioskodawcy:** | **Wnioskodawca jest:** |
| Producentem\*) | Importerem\*) | Inny\*) |
| Adres wnioskodawcy: |
| Tel.: | Fax: | e-mail: |
| Regon: | NIP: |
| Przedstawiciel firmy (osoba upoważniona do podejmowania decyzji): |
| Dokument potwierdzający, że wnioskodawca jestupoważniony do działania w imieniu producenta: |
| Nazwa i adres producenta: |
| Przedmiot oceny – nazwa wyrobu *(wg terminologii ustawy OiB z dn. 17.11.2006 r. wraz z późniejszymi zmianami i rozporządzenia MSWiA z dn. 12.12.2016 r.)*: |
| Odmiana, typ, model: |
| Numer i oznaczenie partii: |
| Liczność partii: |
| Przeznaczenie: |

**WNIOSKUJĄCY ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO:**

1. spełnienia wszystkich wymagań wynikających z ubiegania się o certyfikację wyrobów, z którymi się zapoznał i akceptuje,
2. wniesienia ustalonej opłaty wstępnej,
3. 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 | C:\Users\HM\Desktop\2017_Certyfikaty_ZCW\nowe_logo_mrx.png |

**Formularz nr 38a**

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

**ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU**

**O PRZEPROWADZENIE CERTYFIKACJI PARTII WYROBÓW**

**w zakresie akredytacji OiB**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dokumentacja techniczna i informacje o wyrobie** | **Odpowiednie****zaznaczyć** | **Status dokumentu** (symbol, nr, data wydania, itp.) | Uwagi |
| Specyfikacja Techniczna |  |  |  |
| Dokumentacja Techniczna Wyrobu w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny zgodności |  |  |  |
| Odpowiednia ilość egzemplarzy wyrobu lub określenie miejsca jego lokalizacji, jeśli jest to wymagane |  |  |  |
| Instrukcję obsługi przeznaczoną dla użytkownika oraz instrukcję bezpieczeństwa użytkowania |  |  |  |
| Wyniki badań wyrobu (*wypełnić tabelę poniżej*) |  |  |  |
| 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