

Fragebogen zur Angebotserstellung

FAX: +49 6151 600336 / E-Mail: proficert@tuevhessen.de



Gewünschtes Regelwerk

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ISO 9001 (Seiten 1-3) | <input type="checkbox"/> IATF 16949/VDA 6.2 (Seiten 1-3) | <input type="checkbox"/> DIN 14675 (Seiten 1-2; 12) |
| <input type="checkbox"/> ISO 14001 (Seiten 1, 2, 4) | <input type="checkbox"/> ISO 50001 (Seiten 1, 2, 5) | <input type="checkbox"/> Firmen Spezifisch (Seiten 1-2) |
| <input type="checkbox"/> SCC/SCP (Seiten 1, 2, 8) | <input type="checkbox"/> PROFiCERT-product (Seiten 1, 2, 9) | <input type="checkbox"/> PROFiCERT-plus (Seiten 1-2) |
| <input type="checkbox"/> DIN ISO 45001 (Seiten 1, 2, 6) | <input type="checkbox"/> ISO 13485 (Seiten 1-3, 10-11) | nach _____ |

Ansprechpartner TÜV Hessen (wenn bekannt): _____

Unternehmensdaten Zentrale / Hauptstandort

Eingetragener Firmenname: _____

Konzernzugehörigkeit: _____

Adresse: _____

Handelsregistrauszug Nr: _____

Telefon / Fax: _____

| Angaben zu den Mitarbeitern bei mehr als 3 Standorten bitte weiteres Formblatt verwenden | Stand.1/Zentrale | Standort 2*: | Standort 3*: |
|---|------------------|--------------|--------------|
| Gesamtanzahl der Mitarbeiter (ohne Leiharbeiter): | | | |
| davon Teilzeitbeschäftigte / geringfügig Beschäftigte (Aushilfen): | | | |
| davon Auszubildende: | | | |
| Anzahl Leiharbeiter: | | | |
| davon Mitarbeiter, die gleiche / ähnliche, einfache Tätigkeiten mit ähnlichen, geringen Sicherheitsrisiken ausüben (z. B. Fließ- band, Callcenter, Standortferne Vertriebsmitarbeiter/Fahrer) | | | |
| Mitarbeiter im Schichtbetrieb: | | | |
| Anzahl Schichten: | | | |

* Nur bei Unternehmen mit mehreren Standorten auszufüllen (betrifft Voraussetzungen für Multi-Site)

- Es existiert eine definierte Zentralfunktion mit Verantwortung für das MS
- Die Zentralfunktion hat die organisatorische Befugnis, das Managementsystem zu strukturieren, einzuführen und zu überwachen; sie verfügt auch über ein vertraglich garantiertes operatives Durchgriffsrecht auf alle Standorte
- Das Managementsystem unterliegt einer zentralisierten Bewertung
- Alle Standorte sind in das interne Auditprogramm der Organisation eingeschlossen

Betrifft zusätzliche Voraussetzungen für ein Stichprobenverfahren

- Die Wertschöpfungsprozesse sind an allen Standorten von gleicher Natur und laufen nach ähnlichen Methoden und Verfahren ab oder sind miteinander verbunden

Bei Kombi-Verfahren (Synergien bei mehreren Normen)

- vollständige Integration in MS-Dokumentation und praktischer Umsetzung; wesentliche Ansprechpartner sind identisch!

Geschäftsführung / Leitung

Name: _____ Mail: _____ Telefon: _____

Managementbeauftragte(r)

Name: _____ Mail: _____ Telefon: _____

Fragebogen zur Angebotserstellung

FAX: +49 6151 600336 / E-Mail: proficert@tuevhessen.de



Seite 2 von 11

Anwendungsbereich / Geltungsbereich des Managementsystems (z.B. Entwicklung, Herstellung und Vertrieb von Produkten)

Produkte / Produktgruppen / Dienstleistungen

Wesentliche Fertigungsverfahren

Externe Beratung zum Managementsystem durch:

Name: _____

Bestehende oder vorherige Zertifizierungen

| Norm: | Zertifikat gültig bis: | Zertifizierer: | Letzter Audittag WA/ZA |
|-------|------------------------|----------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Platz für Ihre sonstigen Anmerkungen (z.B. Anzahl Baustellen, ext. Projekte)

Auditsprache: _____

Für die Richtigkeit aller Angaben in diesem Fragebogen (auch auf folgenden Seiten)

Ort; Datum

Stempel/Unterschrift

Fragebogen zur Angebotserstellung

FAX: +49 6151 600336 / E-Mail: proficert@tuevhessen.de



Nur für Regelwerk ISO 9001 / IATF 16949 / VDA 6.X / ISO 13485

Nicht zutreffende Anforderungen (gemäß ISO 9001:2015) /

(bei IATF 16949 / VDA 6.X: Besteht eine Produktentwicklungsverantwortung?)

| Bei mehr als 3 Standorten bitte weiteres Formblatt verwenden | Hauptstandort/Zentrale | Standort 2: | Standort 3: |
|--|---|---|---|
| Produkte / Produktgruppen / Dienstleistungen | | | |
| Selbsteinschätzung der Risikokategorie: Hoch (Fehler können zur wirtschaftliche Katastrophe führen oder es kann davon Lebensgefahr ausgehen) Mittel (Fehler können Verletzungen oder Krankheit verursachen) Niedrig (Verletzungen oder Krankheit durch Fehler unwahrscheinlich) | | | |
| Automotive Kunden (OEM Lief. Nr. wenn vorh.) <i>(wichtig für IATF 16949 / VDA 6.X, ISO 13485)</i> | | | |
| Verlängerte Werkbänk(e) <i>(wichtig für IATF 16949 / VDA 6.X, ISO 13485)</i> | Adresse: Prozess(e): | Adresse: Prozess(e): | Adresse: Prozess(e): |
| Unterstützungsfunktionen an entfernten Standorten (Bsp.: Vertrieb, Design. .) <i>(wichtig für IATF 16949 / VDA 6.X, ISO 13485)</i> | Adresse: Funktion: Wenn relevant, Anzahl der unterst. Mitarbeiter: _____ | Adresse: Funktion: Wenn relevant, Anzahl der unterst. Mitarbeiter: _____ | Adresse: Funktion: Wenn relevant, Anzahl der unterst. Mitarbeiter: _____ |

Fragebogen zur Angebotserstellung

FAX: +49 6151 600336 / E-Mail: proficert@tuevhessen.de



Nur für Regelwerk ISO 14001

Beauftragter Umweltschutz

Name: _____ Mail: _____ Telefon: _____

| Bei mehr als 3 Standorten bitte weiteres Formblatt verwenden | Hauptstandort/Zentrale | Standort 2: | Standort 3: |
|---|------------------------|-------------|-------------|
| <p>Anlagen / Fertigungsprozesse mit besonderer Umweltrelevanz</p> <p>(z. B. Galvanik, Lackieranlage, Abwasserbehandlungsanlage)</p> | | | |
| <p>Besondere behördliche oder gesetzliche Vorschriften</p> <p>(z. B. Anlagen nach 4. BImSchV, wasserrechtliche Genehmigungen, Standort unterliegt der 12. BImSchV)</p> | | | |
| <p>Selbsteinschätzung der Umweltrelevanz:</p> <p>Hoch (Große Zahl <u>erheblicher</u> und <u>schwerer</u> Umweltaspekte)</p> <p>Mittel (Durchschnittl. Zahl <u>mittelschwerer</u> Umw.-Aspekte)</p> <p>Gering (Geringe Zahl leichter Umweltaspekte)</p> <p>Eingeschränkt (Sehr geringe Zahl eingeschränkter U-Aspekte (z.B: Bürotätigkeit))</p> | | | |

Fragebogen zur Angebotserstellung

FAX: +49 6151 600336 / E-Mail: proficert@tuevhessen.de



Nur für Regelwerk ISO 50001

| Bei mehr als 3 Standorten bitte weiteres Formblatt verwenden | Hauptstandort/Zentrale | Standort 2: | Standort 3: |
|--|--|--|--|
| Summe des Energieverbrauchs | <input type="checkbox"/> < 5.500 MWh <input type="checkbox"/> 5.500 – 55.500 MWh <input type="checkbox"/> 55.500 – 555.500 MWh <input type="checkbox"/> > 555.500 MWh | <input type="checkbox"/> < 5.500 MWh <input type="checkbox"/> 5.500 – 55.500 MWh <input type="checkbox"/> 55.500 – 555.500 MWh <input type="checkbox"/> > 555.500 MWh | <input type="checkbox"/> < 5.500 MWh <input type="checkbox"/> 5.500 – 55.500 MWh <input type="checkbox"/> 55.500 – 555.500 MWh <input type="checkbox"/> > 555.500 MWh |
| Energiearten (in MWh) Relevant sind nur extern bezogene Energiearten; wird z. B. Dampf über extern bezogenes Erdgas im eigenen Dampfkessel erzeugt, ist nur Erdgas anzukreuzen / relevant Wird Dampf oder z. B. Druckluft extern bezogen, ist/sind diese Energiearten anzukreuzen / relevant | <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Erdgas <input type="checkbox"/> Heizöl <input type="checkbox"/> Dampf ¹⁾ <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Druckluft ¹⁾ <input type="checkbox"/> Treibstoffe <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Erdgas <input type="checkbox"/> Heizöl <input type="checkbox"/> Dampf ¹⁾ <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Druckluft ¹⁾ <input type="checkbox"/> Treibstoffe <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Erdgas <input type="checkbox"/> Heizöl <input type="checkbox"/> Dampf ¹⁾ <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Druckluft ¹⁾ <input type="checkbox"/> Treibstoffe <input type="checkbox"/> |
| Beschreibung wesentlicher Energieverbraucher (mit einem Anteil am Gesamtverbrauch > 5%) (z. B. Elektroschmelzofen, Kupolofen, Spritzgießmaschinen, Trocknungsöfen, thermische Nachverbrennung, Druckluftkompressoren, Heizungsanlagen, Kälte-/Lüftungsanlagen, ...) | 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. | 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. | 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. |
| Anzahl EnMS wirksames Personal 1. Oberste Leitung, EnMB(s), alle Energieteammitglieder 2. sonstige Verantwortliche für die Wirksamkeit des EnMS / mit Einfluss auf Energie-einsatz (z.B. Bereichs/ Abteilungsleiter, Anlagenführer, Instandhaltung). (keine Mehrfachzählung bei Mitarbeitern mit mehreren relevanten Funktionen) | Anzahl zu: 1. 2. | Anzahl zu: 1. 2. | Anzahl zu: 1. 2. |

Stellen Sie einen Antrag beim BAFA zur Begrenzung der EEG-Umlage? Ja Nein

Stellen Sie einen Antrag beim Hauptzollamt bzgl. „Spitzenausgleich“? Ja Nein

Besteht die gesetzliche Pflicht zum Betrieb EnMS wg. Energie Effizienz RL i.V.m. EDL-G? Ja Nein

Haben Sie außerhalb der oben genannten Standorte weitere Energieverbrauchsstellen an Lokalisationen ohne Personal, die auch in die Zertifizierung eingebunden werden sollen? Ja Nein

Fragebogen zur Angebotserstellung

FAX: +49 6151 600336 / E-Mail: proficert@tuevhessen.de



Nur für Regelwerk DIN ISO 45001 bzw. BS OHSAS 18001

Beauftragter Arbeitssicherheit / Gesundheitsschutz

Name: _____ Mail: _____ Telefon: _____

| Bei mehr als 3 Standorten bitte weiteres Formblatt verwenden | Hauptstandort/Zentrale | Standort 2: | Standort 3: |
|--|------------------------|-------------|-------------|
| Gefahrenklasse und zuständige Berufsgenossenschaft (wo zutreffend) | | | |
| Wesentliche Risiken/ Gefährdungen im Arbeits-/Gesundheitsschutz (z. B. durch Gefahrstoffe, gefährliche Arbeitsmittel/ Maschinen, Umgebungsfaktoren) | | | |
| Liegen besondere Auszeichnungen/ Anerkennungen im Arbeits-/Gesundheitsschutz vor; (wenn ja, bitte angeben) | | | |
| Zusätzliche Standortfaktoren mit Einfluss auf die Auditzeit | | | |
| Selbsteinschätzung der Risikoklasse: Hoch (RK1) <i>(wo die Nichtbeherrschung des Risikos das Leben gefährden oder schwerwiegende Folgen haben kann. Verletzung oder Krankheit)</i> Mittel (RK2) <i>(wo die Nichtbeherrschung des Risikos zu Verletzungen oder Krankheiten führen kann)</i> Gering (RK3) <i>(wenn die Nichtbeherrschung des Risikos zu leichten Verletzungen oder Krankheiten führen kann)</i> | | | |

Fragebogen zur Angebotserstellung

FAX: +49 6151 600336 / E-Mail: proficert@tuevhessen.de



Nur für Regelwerk SCC/SCP

| Bei mehr als 3 Standorten bitte weiteres Formblatt verwenden | Hauptstandort/Zentrale | Standort 2: | Standort 3: |
|---|------------------------|-------------|-------------|
| Durchschnittliche Beschäftigtenzahl* im zertifizierten Bereich (mit Teilzeitkräften, Zeitarbeitnehmern und Auszubildenden sowie Praktikanten!) | | | |
| Anzahl der Projekte im Zertifizierungsumfang** (Projektbesuche bei SCC-Audits sind ein Muss!) | | | |
| Liegen besondere Auszeichnungen/ Anerkennungen im Arbeits-/Gesundheitschutz vor; (wenn ja, bitte angeben) | | | |

***Durchschnittliche Beschäftigtenzahl** = Arbeitnehmer im Kalender-/ Geschäftsjahr geteilt durch die Regelarbeitszeit im Unternehmen

****Ermittlung der Anzahl der Projekte im Zertifizierungsumfang** = durchschnittliche Zahl der Baustellen, Werkstätten, oder Produktionsbereiche pro Tag über das Jahr gesehen, oder aktuelle Zahl der Baustellen, Werkstätten, oder Produktionsbereiche, die das zu zertifizierende Unternehmen während des Audits bearbeitet;
Baustellen, Werkstätten, oder Produktionsbereiche, die unter einer Leitung geführt werden, können zu einem Projekt zusammengefasst werden. Dies gilt auch für gleichartige Tätigkeiten mit geringerer Fertigungstiefe. (gemäß Anhang 3 und 4 zu DAkS-Dokument 71 SD 6 017)

Fragebogen zur Angebotserstellung

FAX: +49 6151 600336 / E-Mail: proficert@tuevhessen.de



Seite 8 von 11

Nur für TÜV PROFICERT-product

Vertiefende Angaben zu den Produkten:

- Folgende Produkte/Produktgruppen (*nur möglich für Produkte, für die keine CE-Kennzeichnung erforderlich ist.*) sollen in die Zertifizierung eingeschlossen werden:

Einzelprodukte (bei >5 beispielhaft)

| Produktbezeichnung | Stückzahl/ Jahr | Einzelpreis Netto | gesetzl. Forderungen an das Produkt |
|--------------------|--------------------|----------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Produktgruppen (gleichartige Produkte, z.B. untersch. Größen, Farben, usw.)

| Produktbezeichnung | Stückzahl/ Jahr | Einzelpreis Netto | gesetzl. Forderungen an das Produkt |
|--------------------|--------------------|----------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ggf. auf beiliegende Anlagen verweisen.

Beispiel: Produktgruppe Kugelschreiber Metall, Stückzahl ca. 20 Millionen/a, Forderungen DIN.../ISO...

- Durchschnittliche Fertigungstiefe für die o.g. Produkte im Unternehmen:
 $\leq 10\%$ $11\% \leq x \leq 30\%$ $> 30\%$
- Durchschnittliche Wertschöpfungstiefe für die o.g. Produkte in Deutschland (inkl. Lieferanten, System Made in Germany):
 $\leq 50\%$ $49\% \leq x \leq 75\%$ $> 75\%$
- Der Produkt-Prüfungsprozess ist im Rahmen des bestehenden Management-System dokumentiert
 ja nein

Fragebogen zur Angebotserstellung

FAX: +49 6151 600336 / E-Mail: proficert@tuevhessen.de



Seite 9 von 11

Nur für Regelwerk ISO 13485

Genauere Klassifizierung der Dienstleistungserbringung / Herstellung / Produktzuordnung

| | |
|---|--|
| Art der Herstellung / Dienstleistung | <input type="checkbox"/> Hersteller <input type="checkbox"/> Lohn-Hersteller / Subunternehmer / Hersteller von Komponenten <input type="checkbox"/> Händler <input type="checkbox"/> Dienstleister Art der Dienstleistung _____ <input type="checkbox"/> sonstiges _____ <input type="checkbox"/> Sterilisationsverfahren <input type="checkbox"/> Ethylenoxid <input type="checkbox"/> feuchte Hitze <input type="checkbox"/> Strahlen <input type="checkbox"/> aseptische Abfüllung <input type="checkbox"/> sonstiges _____ <input type="checkbox"/> Sonderanfertigung gemäß MPG: <input type="checkbox"/> steril <input type="checkbox"/> nicht steril <input type="checkbox"/> Augenoptik <input type="checkbox"/> Dentaltechnik <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> Orthopädie- und Orthopädieschuhtechnik <input type="checkbox"/> Rehathechnik <input type="checkbox"/> einschließlich Sanitätshaus |
| Produktzuordnung | nichtaktive Medizinprodukte <input type="checkbox"/> allgemeine, nichtaktive nicht implantierbare Medizinprodukte <input type="checkbox"/> nichtaktive Implantate <input type="checkbox"/> Produkte zur Wundversorgung <input type="checkbox"/> nichtaktive zahnärztliche Produkte <input type="checkbox"/> _____ aktive nicht implantierbare Medizinprodukte <input type="checkbox"/> allgemeine aktive Medizinprodukte <input type="checkbox"/> Geräte für bildgebende Verfahren <input type="checkbox"/> Geräte zur Überwachung <input type="checkbox"/> Geräte für Strahlen- und Thermotherapie <input type="checkbox"/> _____ aktive implantierbare medizinische Geräte <input type="checkbox"/> allgemeine aktive implantierbare medizinische Geräte In-vitro-Diagnostika <input type="checkbox"/> In-vitro-Diagnostika-Instrumente/Geräte und Software <input type="checkbox"/> _____ |

Fragebogen zur Angebotserstellung

FAX: +49 6151 600336 / E-Mail: proficert@tuevhessen.de



Seite 10 von 11

Genauere Klassifizierung/Beschreibung der Medizinprodukte / Dienstleistungserbringung / Herstellung / Produktzuordnung

Wesentliche / kritische Lieferanten:

| Wesentliche / kritische Lieferanten | Unternehmensstandort | Prozess / Komponente |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Korrespondenzsprache bitte ankreuzen:

Deutsch:

Englisch:

Fragebogen zur Angebotserstellung

FAX: +49 6151 600336 / E-Mail: proficert@tuevhessen.de



Seite 11 von 11

Nur für Regelwerk DIN 14675

Verantwortliche Person

Name: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Die verantwortliche Person ist Mitarbeiter/-in der zu zertifizierenden Fachfirma?

ja nein

Ggf. abweichende Adresse /
Firmierung: _____

Die verantwortliche Person hat eine Berufsausbildung mit elektrotechnischem Bezug (Dipl.-Ing., Bachelor, Master, Meister, staatlich geprüfter Techniker (Phase 6, 8 + 9) oder Geselle / Facharbeiter (Phase 7 + 11))?

ja nein

Abgeschlossene Berufs-
ausbildung: _____

Die verantwortliche Person hat eine die Prüfung zur verantwortlichen Person erfolgreich abgelegt?

ja nein

Ort / Datum / Organisation: _____

Die Fachfirma ist gemäß der DIN EN ISO 9001 zertifiziert?

ja nein

Organisation: _____

Zertifikat gültig bis: _____