

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>1. Unternehmen</b>   |  |   |
| Firma:  |  |   |
| Straße:   |  | Telefon:  |
| PLZ:  | Ort:   | Fax:  |
| Geschäftsführung:   | Ansprechpartner für die Kontrolle  | E-Mail:   |
| <b>2. Sonstige Betriebsräumlichkeiten</b>   |  |   |
| Anschriften aller Betriebseinheiten und Einrichtungen, in denen produziert, gelagert oder verkauft wird, soweit sie von der o.g. Anschrift abweichen (einschl. Filialen):   |  | Art der Nutzung:<br><input type="checkbox"/> weitere siehe Anlage |
|   |  |   |
| <b>3. Angaben zur Tätigkeit</b>   |  |   |
| Folgende eingetragene Spezialität wird erzeugt/hergestellt: _____ <input type="checkbox"/> g.g.A. <input type="checkbox"/> g.U. <input type="checkbox"/> g.t.S.   |  |   |
| Kurze Beschreibung der Art der Tätigkeit:   |  |   |
|   |  |   |
| <b>4. Prüffrequenz</b>  |  |   |
| <input type="checkbox"/> jährlich<br><input type="checkbox"/> alle 2 Jahre (Die jährlichen Kontrollkosten machen mehr als 2% vom Spezialitätenumsatz aus.)*<br><input type="checkbox"/> alle 3 Jahre (Die jährlichen Kontrollkosten machen alle 2 Jahre mehr als 2% vom Spezialitätenumsatz aus.)*<br>*Nachweise des jährlichen Umsatz der letzten 3 Jahre sowie über die Durchführung einer betrieblichen Qualitätssicherung liegen vor. |  |   |
| <b>5. Herstellergemeinschaft</b>  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Das o.g. Unternehmen fungiert als Bündler, es vertritt die Unternehmen gemäß Anlage__<br><input type="checkbox"/> Der Bündler sorgt für regelmäßige Audits im Rahmen eines innergemeinschaftlichen Qualitätsmanagement bei den Herstellern.<br><input type="checkbox"/> Der Bündler tritt als Vertragspartner ohne innergemeinschaftliches Qualitätsmanagement auf.  |  |   |
| Das Unternehmen war zuvor bei einer anderen Kontrollstelle zum Kontrollverfahren angemeldet:  |  |   |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: von: _____ bis _____ (bitte genaues Datum)<br>bei Kontrollstelle:  |  |   |
| .....<br>Ort, Datum   | .....<br>Unterschrift BetriebsleiterIn bzw. die für die kontrollierte Betriebseinheit verantwortliche Person |   |
| <b>Bewertung gemäß den Anforderungen der ISO17065, 7.3 (wird von ABCERT ausgefüllt)</b>   |  |   |
| Datum: _____ Unterschrift: _____  |  |   |