# Informations générales sur votre entreprise

*IMPORTANT : L’ensemble des champs ci-dessous doivent obligatoirement être complétés pour que nous puissions valider votre demande*

|  |  |
| --- | --- |
| Raison Sociale  |  |
| Adresse principale |  |
| Groupe d’appartenance |  |
| N° de SIRET |  |
| Nom et Prénom du représentant légal |  | Fonction |  |
| Email |  |
| Nom et Prénom du contact  |  | Fonction |  |
| Téléphone |  | Mobile |  |
| Email |  |
| Autre Contact |  |

##  Type d’activité(s) à certifier : [ ]  Transports et Communications (Code EA 31) [ ]  Autre : ………………….

##  Notion de conception prise en compte dans votre SMQ ? [ ]  Non [ ]  Oui

##  Description générale de votre activité (libellé de votre certificat) :

|  |
| --- |
|  |

#  Votre projet de certification (Informations relatives aux effectifs et site(s) de la société)

##  Liste des sites

|  |
| --- |
| **IMPORTANT : ELIGIBILITE D’UN ORGANISME MULTISITE A LA CERTIFICATION (Cf. IAF MD1-2018 §5)*** L’organisme doit avoir un seul et unique système de management.
* L’organisme doit identifier sa fonction centrale. Celle-ci fait partie de l’organisme et ne doit pas être sous-traitée à un organisme extérieur.
* La fonction centrale doit avoir l’autorité organisationnelle pour définir, mettre en place et maintenir le système de management unique.
* Le système de management unique de l’organisme doit être soumis à une revue de direction centralisée.
* Tous les sites doivent être inclus dans le programme d’audit interne de l’organisme.
* La fonction centrale doit veiller à ce que les données de chaque site soient collectées et analysées, et doit être capable de démontrer son autorité et sa capacité à amorcer au besoin des changements organisationnels concernant, entre autres mais pas seulement :
* La documentation système et les modifications du système ;
* Les revues de direction ;
* Les plaintes ;
* L’évaluation des mesures correctives ;
* La planification de l’audit interne et l’évaluation des résultats ; et
* Les exigences légales et règlementaires relatives aux normes applicables.
 |

##  Effectif par site / fonction / activité en Equivalent Temps Plein

En cas de nombre de site supérieur à 3, vous pouvez compléter l’annexe 1 ci-après (ANNEXE 1)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Siège** | **Site 1** | **Site 2** | **Site 3** |
| ***Adresse - CP - Ville*** |   |   |   |   |
|  Type de fonction :Activité :  | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire |
| Personnel Administratif : Effectif total (ETP\*\*\*) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Activité Transport  | Conducteur PL |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Conducteur VL |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Activité Logistique | Agent d'exploitation  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Manutentionnaire |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Activité Formation | Formateur |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre Activité  | Précisez : …………… |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Effectif Total** |   |   |   |   |

*\* : fonction similaire : Par exemple, des conducteurs n’occupent pas tous un poste identique : livraison de colis, tractions… Ces postes ne sont pas interchangeables.*

*\*\* : fonction identique : Les conducteurs sont complètement interchangeables*

*\*\*\* ETP : équivalent temps plein : activité exercée sur la base d’un temps plein (à hauteur de la durée légale). Deux salariés ayant une durée de travail hebdomadaire de 17h30 correspondent à 1ETP.*

##  Processus et/ou activités externalisés :

L’un de vos processus ou activités (**cela ne concerne pas les activités sous traitées ou achetées à des tiers**) nécessaires à la réalisation de votre/vos activités principales est/sont-elles réalisées sur un ou des sites différents de ceux cités précédemment ?

[ ]  **Non** [ ]  **Oui (**Si oui, renseigner le tableau ci-dessous) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Préciser les processus / activités concernés**(Exemple : Garage intégré pour la réparation des véhicules ; station de lavage intérieure et extérieure des véhicules citernes ; …) | Adresse | Effectif concerné |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

##  Période envisagée pour l’audit :

|  |
| --- |
|  |

##  Type de certification demandée

[ ] Initiale [ ] Renouvellement [ ] Transfert de certificat (\*)

\* : S’il s’agit d’un transfert de certification en provenance d’un autre organisme certificateur :

|  |  |
| --- | --- |
| * *Vous êtes actuellement certifié par* :
 |  |
| * *Raisons de la demande du transfert :*
 |  |
| * *Échéance du certificat* :
 |  |
| * *Étape de votre certification*
 | [ ]  **AS1** [ ]  **AS2** [ ]  **Renouvellement** |
| * *Votre certificat est-il toujours actif* ?

*(Non suspendu ou retiré)* | [ ]  **Non** [ ]  **Oui** |
| * **Êtes-vous certifié sur d’autres référentiels ?**
 | [ ]  **Non** [ ]  **Oui**, précisez-le ou lesquels : |

##  IMPORTANT : AVEZ-VOUS UTILISE LES SERVICES D’UN CONSULTANT ? (Réponse obligatoire)

 *(Cela inclut également des prestataires pour la réalisation d’audit interne)*

[ ]  **Non** [ ]  **Oui précisez : (Nom, Prénom, Entreprise, Fonction) ……………………………………………………**

# Commentaires

*Apportez tous les commentaires éventuels que vous jugez utiles à l’examen de votre demande et l’élaboration de l’offre*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| ***Important :*** *Si les informations déclarées au moment de la demande évoluaient de façon significative avant un des audits planifiés, l’Organisme devra en informer GLOBAL Certification® afin d’ajuster, si nécessaire, l’offre contractuelle en conséquence.* *Si lors de l’audit, l’effectif constaté par l’auditeur était différent de celui déclaré par l’Organisme, GLOBAL Certification® se réserve le droit de réviser le calcul des durées d’audit et du coût afférent. Cela pourrait entraîner l’ajout de temps supplémentaire à l’issue de l’audit réalisé.****Date de la demande*** *: Le …/…/….* ***Signature :******Demandeur*** *(Nom, Prénom, Fonction) :* |

ANNEXE 1 : Effectif par site / fonction / activité en **Equivalent Temps Plein**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Siège** | **Site 1** | **Site 2** | **Site 3** | **Site 4** | **Site 5** |
| ***Adresse - CP - Ville*** |   |   |   |   |   |   |
|  Type de fonction :Activité :  | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire |
| Personnel Administratif : Effectif total (ETP) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Activité Transport  | Conducteur PL |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Conducteur VL |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Activité Logistique | Agent d'exploitation  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Manutentionnaire |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Activité formation | Formateur |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre Activité  | Précisez : …………… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Effectif Total** |   |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Site 6** | **Site 7** | **Site 8** | **Site 9** | **Site 10** | **Site 11** |
| ***Adresse - CP - Ville*** |   |   |   |   |   |   |
|  Type de fonction :Activité :  | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire |
| Personnel Administratif : Effectif total (ETP) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Activité Transport  | Conducteur PL |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Conducteur VL |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Activité Logistique | Agent d'exploitation  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Manutentionnaire |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Activité formation | Formateur |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre Activité  | Précisez : …………… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Effectif Total** |   |   |   |   |   |   |