1. **INFORMATIONS GENERALES**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Raison Sociale***  |  |
| ***Adresse – CP – Ville***  |  |
| ***Groupe d’appartenance*** |  |
| ***Secteur d’activité*** |  |
| ***N° de SIRET*** | *(Obligatoire)* |
| ***N° de déclaration d’activité (NDA)*** | *(Obligatoire)* |
| ***Chiffre d’Affaire N-1******(En formation)***  | *(Obligatoire)* |
| ***Effectif total de l’OF*** | *(Obligatoire)* | ***Dont en CDI*** | *(Obligatoire)* |
| ***Nom et Prénom du Représentant Légal*** |  | ***Fonction du Représentant Légal*** |  |
| ***Nom Prénom*** ***du Contact*** |  | ***Fonction du Contact*** |  |
| ***Téléphone du Contact*** |  | ***Mobile du Contact*** |  |
| ***Email du Contact*** |  |

1. **INFORMATION COMPLEMENTAIRES**
* ***BILAN PEDAGOGIQUE ET FINANCIER***

*Nous vous remercions de bien vouloir nous transmettre votre* ***dernier bilan pédagogique et financier*** *lors de l’envoi de votre demande de devis. Dans le cas d’un démarrage d’activité, transmettre la* ***copie de la demande d’enregistrement de la déclaration d’activité datant de moins de trois mois****.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Copie du BPF transmise** | [ ]  OUI - [ ]  NON |
| **Copie de la demande d’enregistrement transmise** | [ ]  OUI - [ ]  NON |

* ***ORGANIGRAMME***

*Si votre organisme dispose de* ***plus de 3 salariés en CDI****, nous vous remercions de bien vouloir nous transmettre un* ***organigramme à jour.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Copie de l’organigramme à jour transmise** | [ ]  OUI - [ ]  N/A |

* ***REFUS DE CERTIFICATION***

Avez-vous fait l'objet, sur les 3 derniers mois, d'un ***refus de certification QUALIOPI*** de la part d'un autre organisme ?

|  |  |
| --- | --- |
| **Copie du refus de certification transmise** | [ ]  OUI - [ ]  N/A |

* ***CERTIFICATION PROFESSIONNELLE***

Votre organisme délivre-t ’il des formations certifiantes ?

|  |  |
| --- | --- |
| **Liste des titres délivrés transmis** | [ ]  OUI - [ ]  N/A |

1. **VOTRE PROJET DE CERTIFICATION**
* ***ACTIVITE(S) A CERTIFIER***

*(Cochez ci-après, la ou les cases correspondant aux types d’activités de votre entreprise)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OF** | **CBC** | **VAE** | **CFA** |
|  |  |  |  |

* ***SITES DE FORMATIONS CONCERNES PAR LA CERTIFICATION***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de site** *(Siège, Site Principal, Site de formation n°…)* | **Adresse complète - CP - Ville** | ***SIRET/SIREN*** | ***N° de déclaration d’activité*** | ***Effectif (Equivalent Temps Plein)*** |
|  |  |  |  |  |

***Insérez autant de ligne que de besoin***

* ***TYPE DE CERTIFICATION DEMANDEE***

|  |  |
| --- | --- |
| **Initiale** | [ ]  OUI - [ ]  NON |
| **Surveillance** | [ ]  OUI - [ ]  NON |
| **Renouvellement** | [ ]  OUI - [ ]  NON |
| **Transfert de certificat : S’agit-il d’un transfert de certificat ?** | [ ]  OUI - [ ]  NON |
| Si oui, précisez le nom du certificateur : … |

* ***CERTIFICATION CNEFOP***

|  |  |
| --- | --- |
| **DATADOCKé** Votre organisme a-t’il été validé sur le site « DATADOCK » ? | [ ]  OUI - [ ]  NON |
| **CNEFOPé**Votre organisme est-il certifié selon un référentiel qualité tel que CLIQ Formation® ?Si oui, nous vous remercions de nous transmettre avec votre demande, le certificat précisant sa durée de validité et le périmètre certifié. | [ ]  OUI - [ ]  NON |
| **Copie du certificat « CNEFOPé » en vigueur transmise ?** | [ ]  OUI - [ ]  N/A |

* ***PERIODE ENVISAGEE POUR L’AUDIT***

|  |
| --- |
| … |

* ***CERTIFICATION DEJA DETENUES POUR SON ACTIVITE DE FORMATION***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Référentiels***  | ***Certificateur*** | ***Certificat toujours actif* ?** | ***Étape de votre certification*** | ***Échéance du certificat*** |
| **OF PCR** |  |  |  |  |
| **OF CSPS** |  |  |  |  |
| **OF Amiante** |  |  |  |  |
| **Fluides Frigorigènes** |  |  |  |  |
| **Organisme testeurs CACES®** |  |  |  |  |
| **OF DTI**  |  |  |  |  |
| **ISO 9001** |  |  |  |  |
| **Autre préciser :** |  |  |  |  |
| **Autre préciser :** |  |  |  |  |

* ***CONSEIL & AUDITS INTERNES***

|  |  |
| --- | --- |
| Votre organisme a-t’il utilisé les services d’un consultant ? | [ ]  OUI - [ ]  NON |
| Si oui, précisez le nom du cabinet et du consultant : … |

* ***COMMENTAIRES***

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

|  |
| --- |
|  |

1. **VALIDATION DE VOTRE DEMANDE**

*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, le périmètre 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) :*