|  |  |
| --- | --- |
| **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 1b**

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

**WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE**

**DOBROWOLNEJ CERTYFIKACJI WYROBU**

**w zakresie ustawy OiB**

(Program certyfikacji PRCW OiB – 01, PRCW OiB – 03)\*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| W CELU | Wydania\*) Inne\*)**CERTYFIKATU** | Na zgodność z: |
| **NUMER REJESTRACYJNY** | **DATA** **ZŁOŻENIA** | PRZYJMUJĄCY | **DATA REJESTRACJI** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Producent |  | Importer |  | Inny |  |
| **WNIOSKUJĄCY** | Nazwa firmy: Adres: tel/fax: NIP: |
|  | Imię i nazwisko upoważnionego przedstawiciela wnioskującego: Stanowisko: tel/fax:  |
|  | Nazwa wyrobu *(wg terminologii ustawy OiB z dn. 17.11.2006 r. wraz z późniejszymi zmianami i rozporządzenia MSWiA z dn. 21.12.2016 r.)*, typ, model, odmiana, symbol:  |
|  | Przeznaczenie:  |
| **PRZEDMIOT****OCENY** | Miejsce produkcji:Nazwa firmy: Adres:tel/fax:  | Rok uruchomieniaprodukcji wyrobu: |
|  | Inne posiadane certyfikaty na zgłaszany wyrób, symbol certyfikatu: Data ważności: Instytucja, która go wydała: |

**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. Podpisania z ZCW umowy o certyfikację.

4. 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 1b**

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

**ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O PRZEPROWADZENIE**

**DOBROWOLNEJ CERTYFIKACJI WYROBU**

**w zakresie ustawy 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 |  |  |  |
| Instrukcja obsługi przeznaczona dla użytkownika oraz instrukcja bezpieczeństwa użytkowania |  |  |  |
| Wyniki badań wyrobu (*wypełnić tabelę poniżej*) |  |  |  |
| Opis sposobu zapewnienia jakości wyrobu |  |  |  |
| Informacje dotyczące systemu zarządzania jakością  |  |  |  |
| Inne |  |  |  |

Raporty z badań w laboratoriach niezależnych *(jeżeli były wykonane)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numer** | **Data** | **Jednostka wykonująca badania laboratoryjne (Nr akredytacji)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Miejscowość, data Podpis osoby upoważnionej

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*) niepotrzebne skreślić

Pola zaciemnione wypełnia ZCW