

| | |
|--|-----------|
| 1. CEL | 2 |
| 2. ZAKRES STOSOWANIA | 2 |
| 3. DEFINICJE | 2 |
| 4. ODPOWIEDZIALNOŚĆ I UPRAWNIENIA | 4 |
| 4.1 Prezes Zarządu Noble Cert | 4 |
| 4.2 Kierownik Jednostki Certyfikującej | 4 |
| 4.3 Specjalista ds. Planowania i Administracji..... | 4 |
| 4.3 Specjalista ds. Certyfikacji i Szkoleń | 5 |
| 4.4 Auditor wiodący | 5 |
| 4.5 Auditor..... | 6 |
| 4.6 Ekspert techniczny | 6 |
| 4.7 Osoba, która dokonuje przeglądu i oceny dokumentacji w procesie certyfikacji ma..... | 6 |
| 5. REALIZACJA | 7 |
| 5.1 Zapytanie ofertowe – dane do certyfikacji..... | 7 |
| 5.2 Kalkulacja i oferta..... | 7 |
| 5.3 Umowa i potwierdzenie przyjęcia wniosku..... | 9 |
| 5.4 Programowanie auditów dla klienta i planowanie auditu. | 10 |
| 5.5 Wykonanie auditu certyfikacyjnego | 12 |
| 5.6 Certyfikaty | 17 |
| 5.7 Nadzór..... | 18 |
| 5.8 Ponowna certyfikacja (recertyfikacja) | 21 |
| 5.9 Zawieszenie certyfikatu | 23 |
| 5.10 Cofnięcie certyfikatu..... | 24 |
| 5.11 Ograniczenie zakresu certyfikatu..... | 25 |
| 5.12 Rozszerzenie zakresu/obszaru certyfikacji | 25 |
| 5.14 Audit z krótkim terminem powiadamiania | 25 |
| 5.14 Łączne auditowanie systemów zarządzania – audit połączony | 26 |
| 5.15 Przejmowanie certyfikatów od innych akredytowanych jednostek..... | 27 |
| 5.16 Certyfikacja organizacji o wielu lokalizacjach | 28 |
| 5.17 Wniosek o przepisanie certyfikatu..... | 31 |
| 6. DOKUMENTY ZWIĄZANE | 31 |
| 7. FORMULARZE | 32 |

1. CEL

Celem procedury jest zapewnienie, że proces certyfikacji będzie prowadzony według jednolitych zasad i że będzie zapewniona powtarzalności i porównywalności wyników certyfikacji.

2. ZAKRES STOSOWANIA

Uregulowania procedury mają zastosowania do wszystkich etapów procesu certyfikacji systemów zarządzania:

- jakością (QMS) wg PN-EN ISO 9001
- środowiskowego (EMS) wg PN-EN ISO 14001
- bezpieczeństwem i higieną pracy (BHP) wg PN-ISO 45001

Każdy proces certyfikacji składa się z:

- przeglądu wniosku o certyfikację
- przygotowania oferty i umowy
- przygotowania auditu
- wykonania 1 etapu auditu
- wykonania 2 etapu auditu
- podjęcia decyzji o przyznaniu certyfikatu
- nadzoru nad certyfikowanym systemem zarządzania

Przy ponownej certyfikacji, sekwencja ta jest powtarzana, za wyjątkiem 1 etapu auditu, który wtedy najczęściej nie występuje.

Procedura obowiązuje: **Prezesa Zarządu Noble Cert**, **Kierownika Jednostki Certyfikującej**, **Specjalistę ds. Certyfikacji i Szkoleń**, **Specjalistę ds. Planowania i Administracji** oraz **auditorów** niezależnie od formy zatrudnienia.

3. DEFINICJE

3.1 **NC** – jednostka certyfikująca NOBLE CERT Sp. z o.o.

3.2 **KJC** – Kierownik Jednostki Certyfikującej

3.3 **SPA** – Specjalista ds. Planowania i Administracji

3.3 **SCS** – Specjalista ds. Certyfikacji i Szkoleń

3.4 **Audit certyfikacyjny** – sprawdzenie i ocena wdrożenia, utrzymania i skuteczności całości systemu zarządzania w organizacji przez jednostkę niezależną od Klienta i użytkownika dla celów certyfikacji systemu zarządzania klienta. Jest realizowany w dwóch etapach.

Tytuł:

CERTYFIKACJA SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA

Wydanie nr: IX z dnia 28.05.2021

data rewizji: -

- Etap 1 – ocena dokumentacji i kluczowych elementów systemu zarządzania, zdefiniowanie słabych miejsc auditowanego systemu oraz zaplanowanie drugiego etapu. Prowadzony jest w lokalizacji klienta, za zgodą Kierownika jednostki NC może być wykonany poza nią.
 - Etap 2 – sprawdzenie i ocena wdrożenia, stosowania i skuteczności całości systemu zarządzania w organizacji klienta na podstawie losowo wybranej próbki z uwzględnieniem zakresu certyfikacji. Prowadzony jest zawsze w lokalizacji(ach) klienta.
- 3.5 **Audit poprawkowy** – sprawdzenie i ocena wdrożenia i skuteczności działań korekcyjnych, korygujących wprowadzonych w następstwie niezgodności stwierdzonych w trakcie auditu. Przeprowadzany jest , gdy ocena działań wymaga obecności w lokalizacji klienta.
- 3.6 **Niezgodność** – niespełnienie wymagania dotyczącego zakresu certyfikacji (niezgodność jest wtedy, gdy jest określone wymaganie, wymaganie to jest niespełnione i są na to dowody).
- 3.7 **Audit nadzoru** – sprawdzenie i ocena utrzymywania i skuteczności systemu zarządzania reprezentatywnych obszarów i funkcji objętych zakresem certyfikacji. Przeprowadzany jest okresowo w odstępach ok. 12 miesięcy w okresie stosowania certyfikatu.
- 3.8 **Audit recertyfikacyjny** (ponownej certyfikacji) – sprawdzenie i ocena utrzymania i skuteczności całości systemu zarządzania w organizacji przez jednostkę niezależną od Klienta i użytkownika dla celów ponownego przyznania certyfikatu systemu zarządzania. Jest realizowany zazwyczaj w jednym etapie (2 etap).
- 3.9 **Ustalenia z auditu** – wynik oceny zebranych dowodów z auditu w stosunku do wymagań, które stanowią odniesienie w procesie certyfikacji. Ustalenia dotyczą zgodności, niezgodności oraz możliwości do doskonalenia.
- 3.10 **Wnioski z auditu** – wynik auditu po rozważeniu celów auditu i wszystkich ustaleń z auditu.
- 3.11 **AW (auditor wiodący)** – auditor wyznaczony do kierowania zespołem auditującym w danym audicie, który ma powołanie NC na auditora wiodącego.
- 3.12 **Zespół auditujący** – jeden lub więcej auditorów wyznaczonych do przeprowadzenia danego auditu oraz auditor szkolący się, ekspert techniczny, tłumacz/obserwator.
- 3.13 **Ekspert techniczny** – osoba, która służy auditorom specjalistyczną wiedzą lub umiejętnościami.
- 3.14 **Program auditów** – ustalony zestaw auditów, jednego lub większej ich liczby, zaplanowanych w określonych ramach czasowych i mających określony cel.
- 3.15 **Zakres auditu** – obszar i granice auditu, określa co – jakie procesy, działania oraz gdzie organizacyjnie przeprowadzany jest audit.
- 3.16 **Dzień auditowy** – 8 godzin netto, bez czasu poświęconego na dojazd do auditowanych lokalizacji klienta.
- 3.17 **Obszar techniczny** – obszar scharakteryzowany przez wspólne cechy procesów właściwe dla określonego rodzaju systemu zarządzania. Obszar techniczny jest zasadniczo równoważny obszarom działalności wg PKD-2007.

| | | |
|---|--|---|
|  | <h1>PROCEDURA</h1> | nr: <h2>PNC-02</h2> |
| Tytuł: | <h2>CERTYFIKACJA SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA</h2> | Wydanie nr: IX z dnia 28.05.2021 data rewizji: - |

3.18 **Osoba, która dokonuje przeglądu i oceny dokumentacji w procesie certyfikacji** – osoba o określonych kompetencjach zgodnie z DNC-09, auditor NC powołany w danym kodzie IAF, który nie uczestniczył w audicie w ocenianej organizacji .

4. ODPOWIEDZIALNOŚĆ I UPRAWNIENIA

4.1 **Prezes Zarządu Noble Cert** ma uprawnienia i odpowiada m.in. za:

- powoływania auditorów, ekspertów oraz członków Komitetu Chroniącego Bezstronność
- zarządzania procesami w jednostce certyfikującej
- nadzór nad realizacją procesu certyfikacji oraz reagowanie na skargi i odwołania jeśli dotyczą Kierownika Jednostki Certyfikującej
- podjęcie decyzji w sprawie certyfikacji, w tym udzielania, utrzymania, przedłużania, rozszerzania, ograniczania, zawieszania i cofania certyfikacji
- zatwierdzenie oferty na certyfikację systemu zarządzania
- podpisanie z klientem umowy o certyfikację systemu zarządzania

4.2 **Kierownik Jednostki Certyfikującej (KJC)** ma uprawnienia do i jest odpowiedzialny za:

- współpracę z klientami/potencjalnymi klientami w zakresie certyfikacji
- współpracę z **SPA** w zakresie wyboru składu zespołu auditowego
- współpracę z **SCS** w zakresie przeglądu danych i kalkulacji czasu trwania auditu
- przegląd wniosku o certyfikację systemu zarządzania wraz z zatwierdzeniem składu zespołu audytującego
- przeglądu procesu certyfikacji i ocenę raportów z auditu oraz zgromadzonej dokumentacji
- udokumentowanie przeglądu procesu certyfikacji i oceny
- podjęcia decyzji dotyczącej certyfikacji/ponownej certyfikacji (przyznawania certyfikatów, utrzymania ważności certyfikatów, przedłużania ważności certyfikatów, rozszerzania lub ograniczenia zakresu certyfikacji udzielonej, zawieszenia/cofnięcia certyfikatu)
- informowanie klienta o decyzji dotyczącej certyfikacji i przesłanie raportu z auditu
- sprawdzenie wystawionego certyfikatu i jego zatwierdzenia
- podjęcia decyzji o przerwaniu auditu lub konieczności przeprowadzenia auditu z krótkim terminem powiadamiania
- zapewnienie dostępu do przepisów prawnych obowiązujących w obszarach technicznych i programach certyfikacji
- zatwierdzenie programu auditów dla klienta

4.3 **Specjalista ds. Planowania i Administracji (SPA)** ma uprawnienia do i jest odpowiedzialny za:

- ustalanie harmonogramu auditów dla poszczególnych klientów

Tytuł:

CERTYFIKACJA SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA

Wydanie nr: IX z dnia 28.05.2021

data rewizji: -

- ustalenie terminu auditu i wystawienie Potwierdzenia przyjęcia wniosku/Powiadomienia o audicie nadzoru
- wystawienie Zlecenia na wykonanie auditu i przekazanie go członkom zespołu auditującego
- przegląd dokumentacji auditowej przekazanej przez AW pod względem jej kompletności i poprawności
- zwrot dokumentacji auditowej do AW, gdy zawiera błędy
- przygotowanie certyfikatu i jego rejestrację w Bazie klientów
- przekazanie certyfikatu klientowi wraz ze znakami certyfikowanego systemu zarządzania
- gromadzenie i przechowywanie dokumentacji w teczkach klienta
- aktualizację wykazów: klientów certyfikowanych, zawieszonych certyfikatów oraz cofniętych certyfikatów
- dokumentowanie uwag dotyczących auditorów/ekspertów, które wynikają z oceny dokumentacji w **Bazie Auditorów** (kolumna Uwagi).

4.3 **Specjalista ds. Certyfikacji i Szkoleń (SCS)** – ma uprawnienia do i jest odpowiedzialny za:

- współpracę z klientami/potencjalnymi klientami w zakresie certyfikacji systemu zarządzania
- udzielanie klientom informacji dotyczących certyfikacji oraz przekazanie formularzy potrzebnych do przygotowania wniosku o certyfikację
- przegląd danych do certyfikacji i uzupełnienie o informacje niezbędne do przygotowania oferty i przeprowadzenia certyfikacji
- sporządzenie kalkulacji i proponowanie składu zespołu auditującego w porozumieniu z SPA
- współpracę z Kierownikiem JC i/lub auditorem systemu zarządzania, w zakresie przeglądu danych i kalkulacji czasu trwania auditu
- przygotowanie oferty oraz przekazanie jej klientowi
- przygotowanie umowy o certyfikację wraz z wymaganymi załącznikami
- skompletowanie dokumentów klienta i ich weryfikację w zakresie kompletności podpisów
- przekazanie SPA kompletnych dokumentów dotyczących certyfikacji klienta

4.4 **Auditor wiodący** wyznaczony do kierowania zespołem auditującym (AW) – ma uprawnienia do i jest odpowiedzialny za:

- przyjęcie zlecenia wykonania auditu z zachowaniem zasad poufności i niezależności
- zapoznanie się z dokumentacją systemu zarządzania klienta i jej ocenę
- przydzielenie zadań członkom zespołu i opracowania planu auditu
- terminowe przesłanie klientowi planu auditu
- ustalenie w porozumieniu z klientem zakresu certyfikacji
- reprezentowanie jednostki NC wobec klienta podczas auditu

- przeprowadzenie wszystkich etapów auditu zgodnie z uregulowaniami NC
- formułowanie ustaleń i wniosków z auditu w porozumieniu z członkami zespołu i zakomunikowania ich klientowi
- sporządzenie dokumentacji z auditu i terminowego przekazanie do NC
- podejmowanie decyzji w porozumieniu z Kierownikiem NC o przerwaniu auditu
- podejmowanie decyzji odnośnie konieczności przeprowadzenia auditu poprawkowego, jego terminu i zakresu
- przygotowanie się do auditu, w tym również w zakresie aktualnych przepisów prawnych, które obowiązują w obszarze auditowanym
- opracowanie programu auditów dla klienta, przed auditem certyfikacji, nie później niż na pierwszym etapie auditu
- planowanie auditu zgodnie z programem auditów
- aktualizację programu auditu, jeżeli zachodzi taka potrzeba

4.5 Auditor ma uprawnienia do i jest odpowiedzialny za:

- przyjęcie zlecenia wykonania auditu z zachowaniem zasad poufności i niezależności
- zapoznanie się z dokumentacją systemu zarządzania klienta i rzetelne przygotowanie się do auditu, w tym również w zakresie aktualnych przepisów prawnych, które obowiązują w obszarze auditowanym
- wykonanie powierzonych zadań zgodnie z planem auditu
- dokumentowanie ustaleń z auditu i formułowanie wniosków
- sporządzenie notatek z auditu oraz kart niezgodności, jeśli wystąpiły
- terminowe przekazanie dokumentów do AW
- współpracę z AW oraz członkami zespołu

4.5.1 Każdy auditor kompetentny w obszarze technicznym i programie certyfikacji może być włączony w przegląd danych i kalkulację czasu auditu. Dotyczy to przypadków, gdy **SCS/KJC/Prezes Zarządu** nie ma odpowiednich kompetencji technicznych w danym obszarze technicznym lub **KJC/Prezes Zarządu** jest nieobecny.

4.6 Ekspert techniczny ma uprawnienia do i jest odpowiedzialny za:

- wspierania auditorów swoją wiedzą i umiejętnościami

4.7 Osoba, która dokonuje przeglądu i oceny dokumentacji w procesie certyfikacji ma uprawnienia i jest odpowiedzialna za:

- przegląd procesu certyfikacji i jego dokumentacji, w tym oceny raportów z auditu, gdy **KJC**:
 - pełnił funkcje auditora/auditora wiodącego w procesie certyfikacji lub nie ma kompetencji w danym kodzie IAF i programie certyfikacji

- jest nieobecny, a osoba upoważniona do podjęcia decyzji nie ma kompetencji w danym kodzie IAF i programie certyfikacji
- udokumentowania przeglądu procesu certyfikacji i oceny
- zachowanie poufności i bezstronności w ocenianych procesach

5. REALIZACJA

5.1 Zapytanie ofertowe – dane do certyfikacji

- 5.1.1 Zapytania ofertowe przyjmowane są w formie pisemnej. Dane potrzebne do ustalenia czasu auditu, przygotowania kalkulacji i sporządzenia oferty, Klient przedstawia na formularzu **F-15 Arkusz danych do certyfikacji systemów zarządzania**. Ponadto **Arkusz** zawiera informacje o zgłaszanym zakresie certyfikacji, normie/ach które stanowią podstawę certyfikacji, charakterystyce organizacji, jej procesach, lokalizacjach i zasobach oraz o informacji dotyczącej korzystania z konsultacji w odniesieniu do systemu zarządzania.
- 5.1.2 Aktualny formularz **F-15** jest dostępny dla Klienta na stronie www.noblecert.pl lub jest przekazywany klientowi przez **SCS**.
- 5.1.3 **SCS** przegląda przedstawione dane i gdy nie są kompletne występuje do Klienta z prośbą o uzupełnienie. Brak uzupełnienia danych w ciągu 14 dni od daty otrzymania informacji, skutkuje odrzuceniem wniosku o certyfikację.

5.2 Kalkulacja i oferta

- 5.2.1 Gdy dane klienta są kompletne i jednoznaczne, **SCS** przygotowuje kalkulację, która obejmuje:
- czas trwania auditu
 - propozycje składu zespołu auditującego uzgodnione ze **SPA**
 - całkowite koszty procesu certyfikacji

Kalkulacja jest przygotowywana na formularzu **F-21 Kalkulacja i przegląd wniosku**

- 5.2.2 Do ustalenia czasu potrzebnego do przygotowania i przeprowadzenia auditu, w tym auditu na miejscu, **SCS** wykorzystuje:
- informacje zawarte w **Arkuszu danych do certyfikacji systemów zarządzania (F-15)**
 - **Wytyczne do obliczania czasu pracy auditorów w procesie certyfikacji (DNC-10, DNC-11, DNC-12)** przy czym muszą być zachowane reguły:
 - odchylenia czasu auditu od wytycznych (DNC-10, DNC-11, DNC-12) muszą być uzasadnione czynnikami wpływającymi na zmniejszenie/zwiększenie czasu trwania auditu (patrz F-21)
 - stosowanie zasad dokumentu IAF MD 1, dotyczącego auditu i certyfikacji systemów zarządzania organizacji wielooddziałowych, w odniesieniu ustalania czasu auditu systemu zarządzania organizacji wielooddziałowej

Tytuł:

CERTYFIKACJA SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA

Wydanie nr: IX z dnia 28.05.2021

data rewizji: -

- maksymalna redukcja czasu trwania auditu uwzględniająca czynniki zmniejszające nie może być większa niż 30%
 - w przypadku, gdy znaczna część personelu organizacji wykonuje te same proste zadania, efektywną liczbę personelu można obniżyć maksymalnie do 30%
 - czas trwania 1 etapu auditu wynosi ok. 1/3 czasu poświęconego łącznie na 1 i 2 etap. W uzasadnionych przypadkach, za zgodą Kierownika NC, część 1 etapu dotycząca oceny dokumentacji może być wykonana poza lokalizacją klienta
 - czas każdego członka zespołu auditującego, który nie został wyznaczony jako auditor (ekspert, tłumacz, obserwator, auditor szkolący się) nie jest wliczany do czasu auditu
 - czas trwania 2 etapu nie może być krótszy niż 8 godzin
 - czas trwania auditu nadzoru nie może być krótszy niż 5 godzin
 - jeżeli po obliczeniach czasu, wynik jest liczbą dziesiętną należy zaokrąglić liczby dni od najbliższej połowy dnia tzn. np. 5,3 dni audytowych zaokrąglić do 5,5 dnia, a 5,2 jest zaokrąglane do 5 dni
 - jeżeli po przeliczeniu dni audytowych na godziny otrzymujemy niepełną godzinę – zaokrąglamy czas do pół godziny
 - czas trwania auditu na miejscu w lokalizacji klienta (od spotkania otwierającego do spotkania zamykającego) nie może być krótszy niż 80% obliczonego czasu
- 5.2.3 Przy przeglądzie danych do certyfikacji i kalkulacji czasu trwania auditu, **SCS** ma prawo zwrócić się o pomoc do Kierownika JC. **SCS**, a w sytuacji gdy uważa, że jego kompetencje są niewystarczające, ma obowiązek zwrócić się każdorazowo do kompetentnego auditora o pomoc w przeglądzie wniosku.
- 5.2.4 Wybór auditorów następuje z Bazy auditorów (F-49) powołanych przez jednostkę NC. Przy tworzeniu zespołu auditującego muszą być zachowane reguły:
- zespół jako całość zapewnia kompetencje do przeprowadzenia auditu w danym obszarze technicznym, wiedza auditorów może być uzupełniona przez eksperta i/lub tłumacza
 - dzień audytowy wynosi 8 godzin netto; w uzasadnionych przypadkach dzień audytowy może zostać wydłużony do maksymalnie 10 godzin
 - audit 3-dniowy (24 godz.) i krótszy może być wykonany przez jednego auditora, zespół auditorów jest opcjonalny
 - zespołem kieruje auditor, który jest powołany na auditora wiodącego jednostki NC w auditowanych systemach zarządzania.
- 5.2.5 Kalkulacja (F-21) jest zatwierdzana przez Prezesa Zarządu Noble Cert.
- 5.2.6 Na podstawie zatwierdzonej kalkulacji, **SCS** przygotowuje ofertę (F-23a/F-23b/F-23c) wraz z załącznikami, którymi są:
- Zasady certyfikacji/ponownej certyfikacji systemów zarządzania w Noble Cert (DNC-01)
 - Zasady stosowania znaków Noble Cert i certyfikatu Noble Cert (DNC-02)

- Zlecenie certyfikacji (F- 24)
- Wzór Umowy (F-25).

5.2.7 Oferta przed wysłaniem do klienta jest rejestrowana przez **SCS** w **Rejestrze ofert** (F-55).

5.2.8 Każda oferta ma swój niepowtarzalny numer wg kodu: **NC.ab.cd.XY**, gdzie:

- NC – Noble Cert
- ab – kolejny numer oferty
- XY – QMS, EMS lub BHP
- cd – oznacza ofertę po dokonanej zmianie cenowej

Numer na ofercie nanosi **SCS** po uzyskaniu go z **Rejestru ofert** (F-55).

5.3 Umowa i potwierdzenie przyjęcia wniosku

5.3.1 Po akceptacji oferty, Klient przesyła

- Zlecenie certyfikacji (F-24)
- podpisane 2 egzemplarze umowy o proces certyfikacji
- kopię aktualnego odpisu z KRS/wpisu do CEIDG.

5.3.2 **SCS** weryfikuje dokumenty przesłane przez klienta w zakresie kompletności oraz wymaganych podpisów i gdy są braki, kontaktuje się z klientem w celu ich uzupełnienia. Gdy dokumenty są kompletne, **SCS** zakłada **teczkę klienta** i z wpiętymi dokumentami przekazuje do **SPA**.

5.3.3 Kierownik jednostki NC przeprowadza ostateczny przegląd wniosku o certyfikację wg dyspozycji podanych w **F-21** i:

- podejmuje decyzje o przyjęciu/odrzuconiu wniosku o certyfikację,
- wyznacza osobę do podjęcia decyzji w sprawie certyfikacji.

O odrzuceniu wniosku o certyfikację, klient jest poinformowany pisemnie przez Kierownika jednostki NC z podaniem powodów odrzucenia.

5.3.4 **SPA** nadaje numer umowie o certyfikację wg kodu: **NC.ab.cd.ef.gh.XY**, gdzie:

- NC – Noble Cert
- ab – kolejny nr klienta w ramach certyfikacji
- cd – kolejny nr klienta w ramach konkretnego programu
- ef – rok
- gh – kolejny nr umowy podpisanej w danym roku
- XY – ystem

SPA rejestruje klienta i umowę w **Bazie Klientów (F-48)** i po podpisaniu przez **Prezesa Zarządu Noble Cert**, wysyła do klienta 1 egzemplarz umowy obustronnie podpisanej.

5.3.5 W terminie do 1 tygodnia po otrzymaniu Zlecenia certyfikacji i przyjęciu wniosku o certyfikację, **SPA**:

- ustala z klientem oraz członkami zespołu auditującego termin auditu
- w **Bazie klientów** (F-48) ustala **harmonogram auditów**
- przesyła do klienta **Potwierdzenie przyjęcia wniosku (F-12)**, w którym informuje o:
 - terminie 1 etapu i 2 etapu auditu. Odstęp czasu pomiędzy 1 i 2 etapem auditu nie może wynosić więcej niż 3 m-ce; przy czym dla auditów o czasie trwania 32 godz. i mniej, dopuszcza się w uzgodnieniu z klientem, przeprowadzenie 2 etapu auditu bezpośrednio po 1 etapie. W takim przypadku klient jest informowany, że audit może zostać przerwany po 1 etapie, jeżeli wyniki 1 etapu będą wskazywać, że 2 etap nie zakończy się wynikiem pozytywnym
 - czasie trwania każdego z etapów
 - auditowanych lokalizacjach
 - składzie zespołu audytującego, w tym obserwatora czy auditora szkolącego
 - konieczności przesłania dokumentacji na adres e-mailowy auditora wiodącego oraz jednostki certyfikującej najpóźniej 2 tygodnie przed auditem
 - możliwości zgłoszenia uzasadnionego sprzeciwu wobec zaproponowanego składu zespołu auditującego.

5.3.6 Kopię **Potwierdzenia przyjęcia wniosku (F-12)**, **SPA** wysyła do auditora wiodącego (AW) oraz do każdego członka zespołu auditującego.

5.3.7 **SPA** zleca wykonanie auditu na formularzu F-16/F-16a Zlecenie wykonania auditu. Potwierdzone zlecenia są odsyłane przez członków zespołu na adres: auditor@noblecert.pl

5.3.8 Każda wysyłana korespondencja do klienta/audytorów jest rejestrowana przez SPA. Korespondencja wysyłana drogą tradycyjną rejestrowana jest w Książce korespondencji. Korespondencja wysyłana drogą elektroniczną rejestrowana jest poprzez elektroniczny program pocztowy. Tym samym regułem podlega korespondencja przychodząca od klientów/audytorów.

5.4 Programowanie auditów dla klienta i planowanie auditu.

5.4.1 **AW**, po otrzymaniu **Zlecenia wykonania auditu** (F-16/F-16a) i dokumentacji systemu zarządzania klienta opracowuje **Program auditów dla klienta (F-156)**, **jednak nie później niż na 1 etapie auditu**. **Program** zawiera dwuetapowy audit początkowy, audyty nadzoru w pierwszym i drugim roku oraz audit ponownej certyfikacji (recertyfikacji) w trzecim roku przed upływem ważności certyfikatu.

5.4.2 Przy opracowaniu **Programu auditów**, **AW** bierze pod uwagę wielkość organizacji klienta, zakres i złożoność jej systemu zarządzania, wyroby i procesy, liczbę zmian produkcyjnych wraz z procesami realizowanymi w systemie zmianowym oraz lokalizacje objęte certyfikacją.

5.4.3 **Program auditów dla klienta** jest zatwierdzany przez **KJC**.

5.4.4 **AW**, w oparciu o dokumentację systemu zarządzania klienta oraz **Program auditów dla klienta (F-156)**, sporządza **Plan auditu**. Każdy etap auditu jest planowany osobno:

- 1 etap na formularzu F-04
- 2 etap na formularzu F-10

Plan auditu określa wszystkie przewidziane do sprawdzenia elementy normy, procesy i obszary organizacyjne u klienta oraz przebieg auditu w czasie. Ponadto plan auditu określa cel, zakres oraz kryteria auditu.

Przy planowaniu auditu muszą być zachowane reguły:

- auditorzy muszą pracować osobno przynajmniej 50% czasu auditu
- wymagania: pkt 8.3 i 8.5 PN-EN ISO 9001:2015-10 i pkt 8.1 wg PN-EN ISO 14001:2015-09 oraz pkt 8.1 wg PN ISO 45001:2018-08 muszą być auditowane przez auditora posiadającego kompetencje w obszarze technicznym lub przy udziale eksperta
- auditowanie przez **zespół** obszarów związanych z najwyższym kierownictwem i jego przedstawicielem, zwanym pełnomocnikiem
- auditowanie różnych zmian w organizacjach o pracy zmianowej; odstępianie od auditowania każdej zmiany musi być udokumentowane w **Raporcie z auditu (F-11 a)**
- stosowanie zdalnych technik auditowania np.: telekonferencje musi być uwzględnione w planie auditu i nie może stanowić więcej niż 30% czasu trwania auditu
- zaplanowanie spotkań dla wymiany informacji pomiędzy członkami zespołu i/lub z kierownictwem klienta
- w planie auditu 2 etapu muszą być uwzględnione wszystkie punkty auditowanej normy
- **jeżeli** część 1 etapu jest wykonywana poza lokalizacją klienta to należy to uwzględnić w planie 1 etapu
- każdy członek zespołu auditującego ma wyraźnie przydzielone zadania do realizacji i uwzględnione w planie auditu (np.: przydzielone procesy i/lub punkty normy która stanowi podstawę certyfikacji).

W planie auditu należy uwzględnić lokalizacje tymczasowe auditowanej organizacji.

5.4.5 Przynajmniej **7** dni przed wyznaczonym terminem auditu, **AW** wysyła **plan auditu** do auditowanej organizacji, członków zespołu auditującego oraz do biura NC, na adres e-mail: auditor@noblecert.pl. **AW** wraz planem przesyła do członków zespołu auditującego dokumentację systemu klienta.

5.4.6 Przed przystąpieniem do auditu członkowie zespołu zapoznają się z planem auditu oraz dokumentacją systemu klienta w tym informacjami na stronie internetowej.

5.4.7 Auditor przed przystąpieniem do auditu zapoznaje się ze zmianami w przepisach prawa obowiązującymi w auditowanym obszarze. Szczególnie dotyczy to auditorów EMS oraz BHP. W tym celu auditor może skorzystać z **Wykazu przepisów prawa** dostępnych na Portalu auditora.

5.5 Wykonanie auditu certyfikacyjnego

Audit początkowej certyfikacji jest auditem dwuetapowym i obejmuje ocenę wszystkich elementów normy przyjętej za podstawę certyfikacji. Etapu 1 nie stosuje się przy auditach nadzoru.

5.5.1 Etap 1 auditu

5.5.1.1 Etap 1 auditu jest przeprowadzany w celu:

- oceny dokumentacji systemowej klienta
- oceny pomieszczeń i zabudowań (zakładu) i specyficznych warunków lokalowych organizacji oraz przeprowadzenia rozmów z personelem w celu stwierdzenia stopnia przygotowania do auditu -2 etap
- przeglądu statusu i świadomości klienta w zakresie wymagań normy, szczególnie odnośnie identyfikacji głównych działań lub znaczących aspektów, procesów, celów i działania systemu zarządzania
- zebrania niezbędnych informacji odnośnie zakresu systemu zarządzania, procesów i lokalizacji klienta i powiązanych z nimi statutowych i prawnych aspektów i zgodności z nimi (np. jakość, środowisko, prawne aspekty działania, związane z tym ryzyka itp.)
- przeglądu alokacji zasobów dla auditu – 2 etap i uzgodnienia z klientem szczegółów auditu – 2 etap
- ustalenia najważniejszych punktów planu auditu – 2 etap przez zebranie wystarczającej wiedzy na temat systemu zarządzania klienta oraz realizowanych działań w kontekście potencjalnie istotnych aspektów
- oceny, czy audyty wewnętrzne oraz przeglądy zarządzania są planowane i przeprowadzane oraz czy stopień wdrożenia systemu zarządzania zapewnia gotowość klienta do przeprowadzenia auditu – 2 etap.

5.5.1.2 Pierwszy etap auditu prowadzi się jak audit zasadniczy, a jego wyniki dokumentuje w dniu zakończenia 1 etapu w **Raporcie z auditu systemu zarządzania – 1 etap (F-08)**, a wyniki oceny dokumentacji dokumentuje się odpowiednio w:

- **Raporcie z przeglądu dokumentacji systemowej PN-EN ISO 9001 (F-05a, F-05b)**
- **Raporcie z przeglądu dokumentacji systemowej PN-EN ISO 14001 (F-06a)**
- **Raporcie z przeglądu dokumentacji systemowej PN-ISO 45001 (F-07).**

Ocena dokumentacji systemowej jest zawsze przeprowadzana przez **AW** w ramach 1 etapu w lokalizacji klienta lub poza nią za zgodą kierownika NC. Wyniki oceny dokumentacji są komunikowane klientowi przez **AW**.

5.5.1.3 Jeżeli wyniki etapu 1 auditu wskazują, że etap 2 nie zakończy się pozytywnym wynikiem ponieważ np.: nie są spełnione wymagania normy, wymagane jest podjęcie przez klienta działań stosownych do problemu. Etap 2 auditu może być realizowany po skutecznym wykonaniu tych działań.

- 5.5.1.4 Podczas 1 etapu auditu, **AW** uzgadnia z klientem ostateczną wersję treści zakresu certyfikacji, który zostanie umieszczony na certyfikacie, w tym zakresy systemów we wszystkich lokalizacjach. Uzgodniony zakres certyfikatu jest podpisywany przez obie strony na formularzu Arkusz uzgodnienia zakresu certyfikacji (**F-128**).
- 5.5.1.5 Przy zmianie zakresu certyfikacji podczas 1 etapu, **AW** musi zwrócić uwagę na zapewnienie do 2 etapu auditu, auditorów o kompetencjach odpowiednio do nowego zakresu certyfikacji. W przypadku jakichkolwiek zmian w trakcie 1 etapu, które mogą skutkować zmianami w 2 etapie, **AW** jest zobowiązany skontaktować się z Kierownikiem jednostki NC.
- 5.5.1.6 Pierwszy etap auditu rozpoczyna się spotkaniem otwierającym i kończy spotkaniem zamykającym. Ze spotkania otwierającego/zamykającego 1 etap sporządzania jest lista obecności. Na spotkaniu zamykającym 1 etap **AW** komunikuje klientowi ustalenia i wnioski z 1 etapu auditu .
- 5.5.1.7 Jeżeli 2 etap auditu następuje bezpośrednio po 1 etapie, to **AW** na zakończenie spotkania zamykającego 1 etap auditu, przekazuje Klientowi 1 egz. **Raportu z auditu – 1 etap (F-08)**, a drugi egz. **Raportu (F-08)** z podpisem przedstawiciela Klienta przeznacza dla Noble Cert.
- 5.5.1.8 Jeżeli 1 etap jest realizowany poza siedzibą klienta (lokalizacja wirtualna, w której organizacja klienta wykonuje prace lub świadczy usługi korzystając ze środowiska sieciowego umożliwiającego realizację procesów niezależnie od fizycznych lokalizacji osób wykonujących te procesy), to **AW** komunikuje klientowi ustalenia i wnioski z 1 etapu auditu za pomocą zdalnych technik komunikowania i przesyła plan 2 etapu auditu.

5.5.2 Etap 2 auditu

- 5.5.2.1 Drugi etap auditu (audit zasadniczy) odbywa się w lokalizacjach klienta wyznaczonych w planie auditu i rozpoczyna się spotkaniem otwierającym, które prowadzi **AW**. W spotkaniu otwierającym uczestniczą pracownicy organizacji odpowiedzialni za obszary/procesy zaplanowane do auditu oraz zespół audytujący. Obecność na spotkaniu otwierającym jest potwierdzana podpisem w **Liście obecności (F-03)**.
- 5.5.2.2 Spotkanie otwierające jest prowadzone w celu omówienia w jaki sposób i przez kogo działania auditowe będą realizowane i przebiega według scenariusza podanego w **DNC-13 Wytyczne do spotkania otwierającego i zamykającego**.
- 5.5.2.3 Auditorzy realizują działania auditowe zgodnie z planem auditu, informacje związane z celami, zakresem i kryteriami auditu zbierane są poprzez rozmowy z kierownictwem i pracownikami, obserwację procesów, analizę dokumentów i zapisów, a dowody z badania auditowego zapisują w formularzu **Notatki auditora (F-02)**. W Notatkach auditora muszą znaleźć się dowody dotyczące wszystkich punktów normy przywołanych w planie auditu.
- 5.5.2.4 Jeżeli auditor stwierdzi, że wymaganie związane z zakresem certyfikacji jest niespełnione, formułuje niezgodność i zapisuje ją w **Karcie niezgodności (F-09)**. Niezgodność musi być jednoznacznie sformułowana z podaniem dowodu, odniesieniem do wymagania normy, które

nie zostało spełnione oraz podaniem kategorii. Każda zidentyfikowana niezgodność musi być zapisana na odrębnej Karcie niezgodności.

5.5.2.5 Rozróżnia się dwie kategorie niezgodności:

- duża (D) niezgodność – to niezgodność, która wpływa na zdolność systemu zarządzania do osiągnięcia zamierzonych wyników
- mała (M) niezgodność – to niezgodność, która nie wpływa na zdolność systemu zarządzania do osiągnięcia zamierzonych wyników

Jako duże mogą być klasyfikowane niezgodności:

- jeśli występują istotne wątpliwości, czy nadzór procesu jest skuteczny, albo czy wyroby lub usługi będą spełniały wyspecyfikowane wymagania
- pewna liczba małych niezgodności, związanych z tym samym wymaganiem lub wynikiem, może wykazywać systematyczny błąd, a zatem tworzyć dużą niezgodność

5.5.2.6 **AW** lub Auditor, który sformułował niezgodność, omawia niezgodności z klientem, upewnia się, że niezgodności są dla klienta zrozumiałe i przekazuje Karty niezgodności przedstawicielowi Kierownictwa klienta w celu ustalenia przyczyn niezgodności, korekcji i działań korygujących.

5.5.2.7 Po zaproponowaniu działań przez Klienta, Auditor ustala sposób potwierdzenia wdrożenia działań. Dla niezgodności kategorii „D” działania są weryfikowane na podstawie dostarczonych dowodów lub poprzez audit poprawkowy, najpóźniej do 90 dni po audicie. Dla niezgodności typu „M” weryfikacja działań następuje na kolejnym audicie.

5.5.2.8 Po badaniu auditowym, auditorzy oceniają zebrane dowody w stosunku do wymagań normy przyjętej za podstawę certyfikacji z zastosowaniem kryteriów oceny:

- wymaganie spełnione – ocena Z (zgodne)
- wymaganie spełnione, jest możliwość doskonalenia – ocena D (doskonalenie)
- wymaganie nie jest spełnione – ocena N (niezgodność).

5.5.2.9 Zidentyfikowane potencjały doskonalenia są przedstawiane w **Raporcie z auditu systemu zarządzania** (F-11,F-11a) oraz omawiane na spotkaniu zamykającym. Ustalenia z auditu o charakterze niezgodności nie mogą być zapisane jako potencjały doskonalenia. Zidentyfikowane potencjały do doskonalenia nie mogą zalecać konkretnych rozwiązań.

5.5.2.10 Auditorzy po analizie ustaleń z auditu i celów auditu uzgadniają wnioski z auditu, które przedstawia **AW** na spotkaniu zamykającym. Wnioski z auditu mogą dotyczyć:

- stopnia zgodności systemu zarządzania
- skuteczności wdrożenia i utrzymywania systemu zarządzania
- mocnych stron systemu zarządzania
- rekomendacji w odniesieniu do certyfikacji
- zaleceń dotyczących przyszłych audytów.

5.5.2.11 W spotkaniu zamykającym uczestniczą pracownicy organizacji odpowiedzialni za auditowane obszary/procesy oraz zespół auditujący. Obecność na spotkaniu zamykającym jest potwierdzana podpisem w **Liście obecności (F-03)**. Spotkanie zamykające przebiega według scenariusza podanego w **DNC-13 Wytyczne do spotkania otwierającego i zamykającego**.

5.5.2.12 W następstwie przeprowadzonego auditu, **Program auditów dla klienta (F-156)** może wymagać wprowadzenia zmian. Zmiany są wprowadzane przez **AW**. Przy wprowadzaniu zmian do **Programu auditów**, **AW** bierze pod uwagę wykazany poziom skuteczności systemu zarządzania oraz wyniki auditu.

5.5.3 Dokumentacja z auditu

5.5.3.1 O wykonaniu auditu, **AW** informuje jednostkę NC z podaniem informacji czy stwierdzono niezgodności. Informacja przesyłana jest na adres auditor@noblecert.pl.

5.5.3.2 Na podstawie ustaleń i wniosków **AW** opracowuje **Raport z auditu systemu zarządzania (F-11)** i w terminie do 5 dni roboczych po zakończeniu auditu, przesyła do NC pocztą elektroniczną, na adres auditor@noblecert.pl, kompletną dokumentację z auditu, która stanowi:

- Plan auditu (F-04; F-10)
- Listy obecności spotkanie otwierające/zamykające (F-03)
- Raport z przeglądu dokumentacji systemu zarządzania (odpowiednio F-05a,F-05b; F-06a, F-07)
- Raport z auditu systemu zarządzania – 1 etap (F-08)
- Raport z auditu systemu zarządzania (F-11a)
- Notatki audytora (F-02)
- Karta(y) niezgodności (F-09), jeśli wystąpiły
- Arkusz uzgodnienia zakresu certyfikacji (F-128)
- Arkusz z przeglądu procesu certyfikacji (F-46) (AW wypełnia punkty 1, 2 ,3 i punkt 4 – kolumnę oznaczoną AW)
- Program auditów dla klienta (F-156)

Pocztą tradycyjną, na adres siedziby Noble Cert, audytor wiodący przesyła (również w terminie 5 dni roboczych d zakończenia auditu):

- Arkusz uzgodnienia zakresu certyfikacji (F-128)
- Listy obecności spotkanie otwierające/zamykające (F-03)

5.5.3.3 W **Raporcie z auditu systemu zarządzania (F-11)** muszą być zapisane kwestie niewyjaśnione w trakcie auditu, a także odniesienie **AW** do ustaleń z 1 etapu auditu.

5.5.3.4 Jeżeli wystąpiły niezgodności kategorii D, to dokumentacja z auditu jest przekazywana do jednostki NC po weryfikacji skuteczności działań, jeżeli weryfikacja była na podstawie oceny dostarczonych dowodów wdrożenia, najpóźniej do 90 dni po audicie. W przypadku pozytywnej

Tytuł:

CERTYFIKACJA SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA

Wydanie nr: IX z dnia 28.05.2021

data rewizji: -

oceny skuteczności podjętych działań, w **Raporcie z auditu (F-11)** w pozycji ustalenia z auditu (ocena punktów normy) należy wpisać N/Z co oznacza, że była niezgodność i po podjęciu działań i ocenia ich skuteczności jest zgodne. Jeżeli jednostka Noble Cert nie może zweryfikować wdrożenia działań dotyczących dużych niezgodności w ciągu 6 miesięcy od ostatniego dnia 2 etapu auditu, to przeprowadza ponowny 2 etap przed udzieleniem rekomendacji dotyczącej certyfikacji.

5.5.3.5 **SPA** sprawdza kompletność dokumentacji i jej poprawność. Gdy dokumentacja jest niekompletna lub zawiera błędy jest zwracana do **AW**. Jeżeli problem się powtarza Kierownik **JC** ustala działania doskonalące dotyczące pracy auditora.

5.5.3.6 **SPA** w terminie do 10 dni roboczych wysyła do klienta raporty z auditu w wersji elektronicznej (pdf). Klient w terminie do 5 dni od daty otrzymania raportu może przedstawić swoje uwagi do zapisów zawartych w raporcie. Brak informacji w tym terminie jest równoznaczny z brakiem uwag klienta do raportu.

5.5.3.7 **SPA** gromadzi dokumentację z auditu w **katalogu Klienta zamieszczonym na serwerze Noble Cert**.

5.5.4 Audit dodatkowy zwany poprawkowym

5.5.4.1 Audit poprawkowy jest konieczny w przypadku gdy usunięcie niezgodności i skuteczność działań korygujących można potwierdzić tylko poprzez weryfikację na miejscu.

5.5.4.2 Zakres auditu poprawkowego ogranicza się do w/w weryfikacji. **AW** ustala z klientem czas trwania auditu oraz termin auditu.

5.5.4.3 Kierownik jednostki **NC** informuje pisemnie klienta o kosztach auditu poprawkowego, a **SPA** wystawia **Zlecenie wykonania auditu (F-16/ F-16a)**.

5.5.4.4 Audit poprawkowy jest wykonywany najczęściej przez auditora wiodącego, który prowadził audit zasadniczy lub jednego z członków zespołu.

5.5.4.5 Audit poprawkowy prowadzi się jak audit zasadniczy tylko w ograniczonym zakresie. Z auditu sporządza się dokumentację (plan auditu, lista obecności, notatki auditora, raport z auditu systemu zarządzania oraz karta(y) niezgodności z potwierdzoną weryfikacją skuteczności działań).

5.5.5 Przerwanie auditu

5.5.5.1 Jeżeli w czasie auditu zostanie stwierdzonych wiele niezgodności, takiego rodzaju, że w opinii auditorów nie jest możliwe wykonanie skutecznych działań korygujących w ciągu 90 dni, **AW** w uzgodnieniu z Kierownikiem **JC** i Klientem może przerwać audit.

5.6 Certyfikaty

5.6.1 Decyzja o przyznaniu certyfikatu

5.6.1.1 Kierownik **JC** sprawdza proces certyfikacji w oparciu o dokumentację zgromadzoną w teczkę Klienta i podejmuje decyzję o przyznaniu certyfikatu. Decyzja ta może być podjęta tylko wtedy, gdy wszystkie niezgodności kategorii „D” zostały zamknięte przez AW.

5.6.1.2 Ocenę i decyzję dotyczącą certyfikacji Kierownik **JC** dokumentuje w **Arkuszu przeglądu procesu certyfikacji** (F-46). Podczas przeglądu procesu certyfikacji Kierownik **JC** między innymi zwraca uwagę na:

- kompletność i poprawność dokumentacji
- czas auditu (podany między innymi w: kalkulacji, potwierdzeniu przyjęcia wniosku, planach auditu)
- kompetencje zespołu auditującego w odniesieniu do zakresu certyfikacji
- zakres auditu i jego potwierdzenie w działaniach auditowych
- ustalenia i wnioski zawarte w **Raporcie z auditu** (F-8 i F-11a)
- **program auditów dla klienta** (F-156) i potrzebę wprowadzenia zmian

Kierownik JC informuje **SPA** o potrzebie wprowadzenia zmian do programu auditów i o zakresie zmian oraz o uwagach wynikających z oceny dokumentacji. Uwagi dotyczące auditorów/ekspertów, które wynikają z oceny dokumentacji są odnotowywane przez **SPA** w **Bazie Auditorów** (kolumna Uwagi).

5.6.1.3 Jeżeli **Kierownik JC** nie jest kompetentny w obszarze technicznym i programie certyfikacji to przeglądu procesu certyfikacji i oceny dokumentacji dokonuje **osoba wyznaczona**, która jest kompetentna w danym obszarze technicznym i programie certyfikacji, ale nie uczestniczyła w audicie ocenianego procesu. **Konsultacje mogą odbywać się wszystkimi dostępnymi kanałami, tj. rozmowa bezpośrednia, rozmowa telefoniczna, wideo rozmowa, korespondencja mailowa itp.**

5.6.1.4 Przegląd i ocena jest zapisywana w punkcie 5 **Arkusza przeglądu procesu certyfikacji (F-46)**. Na podstawie wyników tej oceny Kierownik jednostki NC podejmuje decyzję o przyznaniu certyfikatu.

5.6.1.5 Jeżeli **Kierownik JC** uczestniczył w audicie ocenianego procesu, to decyzję dotyczącą certyfikacji podejmuje osoba upoważniona do podejmowania decyzji w procesie certyfikacji, przy czym decyzja jest poprzedzona przeglądem procesu certyfikacji i oceną zgromadzonej dokumentacji jak w pkt.5.6.1.3.

5.6.1.6 W przypadku dłuższej nieobecności **Kierownika JC** zastępstwo pełni i decyzje podejmuje osoba upoważniona do podejmowania decyzji w procesie certyfikacji przy czym :

- przy przeglądzie wniosku wspiera się pomocą **auditora** kompetentnego w obszarze technicznym i programie certyfikacji

- przeglądu procesu certyfikacji i oceny zgromadzonej dokumentacji dokonuje **wyznaczona osoba** jak w pkt.5.6.1.3.

5.6.1.7 **Kierownik JC** informuje pisemnie klienta o decyzji dotyczącej certyfikacji. Razem z pismem przesyłany jest oryginał Raportu z auditu systemu zarządzania. W przypadku pozytywnej decyzji dotyczącej certyfikacji, **Kierownik JC** informuje klienta pisemnie o 3 – letnim programie certyfikacji.

5.6.2 Dokumenty certyfikacyjne

5.6.2.1 Każdy certyfikat ma niepowtarzalny numer identyfikacyjny, który nadaje **SPA** wg kodu: NC.ab.ef.gh.ij.XY, gdzie:

- NC – jednostka Noble Cert
- ab – kolejny numer klienta NC w ramach certyfikacji
- cd – kolejny numer klienta w ramach konkretnego programu
- ef – rok
- gh – kolejny numer certyfikatu w danym roku
- XY – system.

5.6.2.2 Certyfikat jest wystawiany w języku polskim w 1 egzemplarzu w formacie A-4. Forma i treść certyfikatu jest zgodna z zatwierdzonymi wzorami (**F- 51 ;F-52;F-53; F-54,F-58**). Okres ważności certyfikatu wynosi 3 lata od daty podjęcia decyzji o przyznaniu certyfikatu.

5.6.2.3 **SPA** rejestruje przyznany certyfikat i jego zakres w **Bazie klientów (F-48)**.

5.6.2.4 Certyfikat jest dostarczany klientowi przez **SPA**, w wersji papierowej oraz w PDF. Wraz z certyfikatem klientowi przekazywane są znaki certyfikowanego systemu zarządzania.

5.6.2.5 **SPA** przechowuje kopię certyfikatu w **katalogu** Certyfikaty **zamieszczonym na serwerze Noble Cert w folderze danego Klienta**.

5.6.2.6 Certyfikaty w wersjach językowych oraz w wersji ozdobnej wystawiane są na życzenie klienta, za dodatkową opłatą, zgodnie z ofertą przedstawioną klientowi.

5.6.2.7 Wykaz klientów certyfikowanych jest dostępny w jednostce Noble Cert. Za jego aktualizację odpowiada **SPA**.

5.7 Nadzór

5.7.1 W okresie ważności certyfikatu jednostka NC wykonuje raz w roku audyty nadzoru. Data corocznego auditu nadzoru nie może być późniejsza niż:

- 12 miesięcy od daty **audytu certyfikującego** dla 1 auditu nadzoru
- 24 miesiące od daty **audytu certyfikującego** dla 2 auditu nadzoru.

W uzasadnionych przypadkach, za zgodą Kierownika JC, powyższy warunek nie musi być zachowany dla 2 nadzoru.

- 5.7.2 Audit nadzoru nie może być wykonany wcześniej niż 3 miesiące przed datą ustaloną wg zasad podanych w punkcie 5.7.1.
- 5.7.3 Na ok. 3 miesiące przed planowaną datą auditu nadzoru, SPA wysyła do klienta **Arkusz aktualizacji danych przed nadzorem (F-14)**.
- 5.7.4 SPA przegląda wypełniony **Arkusz aktualizacji danych przed nadzorem**, otrzymany od klienta i w przypadku braku istotnych zmian wystawia dla klienta i członków zespołu **Powiadomienie o audicie nadzoru (F-13)**.
- 5.7.5 W przypadku istotnych zmian dla procesu certyfikacji w **Arkuszu aktualizacji danych przed nadzorem**, SPA przekazuje **Arkusz** Specjaliście **SCS**, który weryfikuje kalkulację w formularzu **F-21 Kalkulacja i przegląd wniosku**. W sytuacji gdy Klient w **Arkuszu aktualizacji danych przed nadzorem** zgłasza przejście Organizacji na znowelizowaną normę **SCS** w ramach auditu nadzoru zwiększa czas auditowy o 20% czasu trwania tego auditu, jednak nie mniej niż 0,25 dnia auditowego (2 godziny) dla każdej z norm.
- 5.7.6 Zmiana kalkulacji jest zatwierdzana przez **Prezesa Zarządu NC**. **Równocześnie KJC** informuje pisemnie klienta o zmianie oferty. Dla zmienionej oferty nadawany jest nowy numer poprzez dopisanie, po kropce, do numeru poprzedniej oferty kolejnego numeru zmienionej oferty w stosunku do oferty początkowej (np. 1 – jeżeli jest to pierwsza zmieniona oferta). Po zaakceptowaniu oferty przez klienta, SPA wystawia dla klienta i członków zespołu **auditującego Powiadomienie o audicie nadzoru (F-13)**.
- 5.7.7 SPA zleca członkom zespołu wykonanie auditu na formularzu **F-16/F-16a Zlecenie wykonania auditu**. Zlecenia podpisane przez członków zespołu **auditującego** są przez nich odsyłane do jednostki NC na adres auditor@noblecert.pl niezwłocznie po otrzymaniu zlecenia.
- 5.7.8 Auditor wyznaczony na audytora wiodącego w danym audicie (**AW**), w oparciu o dokumentację systemu zarządzania klienta, sporządza **Plan auditu (F-10)** oraz **Program auditów dla klienta (F-156)**.

Przy planowaniu auditu nadzoru muszą być zachowane reguły:

- auditorzy muszą pracować osobno przynajmniej 50% czasu auditu
- wymaganie pkt 8.3, 8.5 PN-EN ISO 9001:2015-10 i pkt 8.1 wg PN-EN ISO 14001:2015-09 oraz pkt 8 wg PN-ISO 45001:2018-08 muszą być auditowane przez audytora posiadającego kompetencje w obszarze technicznym lub przy udziale eksperta.
- każdorazowo są auditowane następujące elementy:
 - PN-EN ISO 9001:2015-10 – pkt 4.1-5.3; 8.5; 9.1-10.3
 - PN-EN ISO 14001:2015-09 – pkt 4.1-6.2; 7.4; 8.1; 9.1-10.3
 - PN-ISO 45001:2018-08 – pkt 4.1-6.2; 7.4; 8.1; 9.1-10.3
- auditowanie przez **AW** obszarów związanych z najwyższym kierownictwem i jego przedstawicielem, zwanym pełnomocnikiem

- auditowanie różnych zmian w organizacjach o pracy zmianowej; odstępianie od auditowania każdej zmiany musi być udokumentowane w **Raporcie z auditu (F-11, F-11a)**
- stosowanie zdalnych technik auditowania np.: telekonferencje musi być uwzględnione w planie auditu i nie może stanowić więcej niż 30% czasu trwania auditu
- zaplanowanie spotkań dla wymiany informacji pomiędzy członkami zespołu i/lub z kierownictwem klienta
- każdy członek zespołu auditującego ma wyraźnie przydzielone zadania do realizacji i uwzględnione w planie auditu (np.: przydzielone procesy i/lub punkty normy która stanowi podstawę certyfikacji)

Ponadto każdorazowo auditowane są zagadnienia

- skuteczność działań korygujących dot. niezgodności stwierdzonych na poprzednim audicie
- reklamacje i zażalenia klientów auditowanej organizacji dot. systemu zarządzania
- skuteczność systemu zarządzania pod względem realizacji polityki i osiągania celów
- realizacja zaplanowanych działań mających na celu ciągłe doskonalenie
- nadzór operacyjny
- przegląd zmian, w tym zmian dokumentacji systemu zarządzania
- stosowanie logo jednostki certyfikującej i powoływanie się na certyfikaty

Pozostałe elementy norm należy tak rozdzielić, aby w ciągu dwóch auditów nadzoru został oceniony cały system zarządzania.

- 5.7.9 Każdym auditem nadzoru należy objąć cały zakres umieszczony na certyfikacie oraz lokalizacje objęte certyfikacją, chyba że **Program auditów dla klienta (F-156)** przewiduje inaczej. Informacja dotycząca lokalizacji objętych auditem jest podana przez **SPA** w **Powiadomieniu o audicie nadzoru (F-13)**.
- 5.7.10 Co najmniej **7** dni przed wyznaczonym terminem auditu, **AW** wysyła **plan auditu** do auditowanej organizacji, do członków zespołu auditującego oraz do biura NC, na adres e-mail auditor@noblecert.pl. **AW** wraz planem przesyła do członków zespołu dokumentację systemu klienta.
- 5.7.11 Przed przystąpieniem do auditu, członkowie zespołu zapoznają się z planem auditu oraz dokumentacją systemu klienta, w tym informacjami na stronie internetowej Klienta.
- 5.7.12 Przegląd dokumentacji przez **AW** podczas auditu nadzoru skupia się na jej zmianach. **Raport z przeglądu dokumentacji systemowej (F-05a,F-05b/F-06a/F-07)** sporządza **AW** tylko wtedy, gdy zmiany są istotne i mogą mieć wpływ na zdolność organizacji do certyfikacji.
- 5.7.13 Każdy audit nadzoru przebiega analogicznie jak etap 2 auditu certyfikacyjnego i jest realizowany wg dyspozycji punktów 5.5.2-5.5.5. Dokumentację z auditu nadzoru stanowią:
- plan auditu (F-10)
 - listy obecności spotkanie otwierające/zamykające (F-03)

- raport z przeglądu dokumentacji (odpowiednio F-05a, F-05b, F-06a, F-07), jeśli wystąpił
- raport z auditu systemu zarządzania (F-11a)
- notatki audytora (F-02)
- karta(y) niezgodności (F-09), jeśli wystąpiły
- arkusz z przeglądu procesu certyfikacji (F-46) (AW wypełnia punkty 1, 2 ,3 i punkt 4 – kolumnę oznaczoną AW)
- **Program auditów dla klienta (F-128)**, jeżeli potrzeba – zweryfikowany przez **AW**.

W terminie do 5 dni roboczych po zakończeniu auditu nadzoru, **AW** przesyła do NC, pocztą elektroniczną na adres auditor@noblecert.pl, kompletną dokumentację z auditu.

Pocztą tradycyjną, na adres siedziby Noble Cert, auditor wiodący przesyła (również w terminie 5 dni roboczych od dnia zakończenia auditu):

- Arkusz uzgodnienia zakresu certyfikacji (F-128)
- Listy obecności spotkanie otwierające/zamykające (F-03)

5.7.14 Przy wystąpieniu niezgodności w audicie nadzoru, audytorzy postępują jak podczas auditu certyfikacyjnego.

5.7.15 Decyzję o utrzymaniu certyfikatu podejmuje **Kierownik JC** lub osoba upoważniona do podejmowania decyzji w procesie certyfikacji, analogicznie jak w przypadku certyfikacji początkowej, na podstawie przeglądu zgromadzonych dokumentów jak w pkt 5.6.1. Ocena i decyzja dotycząca nadzoru jest dokumentowana przez właściwe osoby w **Arkuszu przeglądu procesu certyfikacji** (F-46).

5.7.16 **Kierownik JC** informuje pisemnie klienta o decyzji dotyczącej utrzymania certyfikatu. Razem z pismem przesyłany jest Raport z auditu systemu zarządzania. Klient w terminie 7 dni od daty otrzymania raportu może przedstawić swoje uwagi do zapisów zawartych w raporcie.

5.7.17 **SPA** gromadzi dokumentację z nadzoru w **katalogu** Klienta **zamieszczonym na serwerze Noble Cert**.

5.8 Ponowna certyfikacja (recertyfikacja)

5.8.1 Ponowna certyfikacja jest przeprowadzana przed upływem ważności certyfikatu na wniosek klienta – Arkusz danych do certyfikacji złożony minimum 2 miesiące przed końcem ważności certyfikatu.

5.8.2 Ponowna certyfikacja jest realizowana analogicznie jak certyfikacja początkowa i obejmuje etapy:

- przegląd wniosku – danych do recertyfikacji (F-15)
- kalkulacja i oferta (wraz z przejściem Organizacji na znowelizowaną normę **SCS** zwiększa czas audytowy o 20% czasu trwania tego auditu jednak nie mniej niż 0,25 dnia audytowego (2 godziny) dla każdej z norm

Tytuł:

CERTYFIKACJA SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA

Wydanie nr: IX z dnia 28.05.2021

data rewizji: -

- umowa i potwierdzenie przyjęcia wniosku
 - planowanie auditu
 - wykonanie auditu
 - dokumentacja z auditu
 - decyzja dotycząca udzielenia ponownej certyfikacji poprzedzona oceną 3 –letniego cyklu certyfikacji (F-46, pkt 6)
 - wydanie certyfikatu
- 5.8.3 Audit ponownej certyfikacji obejmuje ocenę dokumentacji i audit na miejscu w organizacji Klienta i ukierunkowany jest, między innymi na:
- skuteczność systemu zarządzania w aspekcie zmian wewnętrznych i zewnętrznych oraz jego stałą przydatność i odpowiedniość do zakresu certyfikacji
 - działania dotyczące utrzymywania i doskonalenia systemu
 - realizację polityki i celów określonych przez organizację Klienta.
- 5.8.4 Audit ponownej certyfikacji może wymagać przeprowadzenia pierwszego etapu auditu, w przypadku znaczących zmian w systemie zarządzania Klienta lub np. w przypadku zmian legislacyjnych. Decyzje w tym zakresie podejmuje **Kierownik JC**.
- 5.8.5 Metodologia auditu recertyfikacyjnego jest zgodna z metodologią 2 etapu auditu certyfikacyjnego. Zakres auditu recertyfikacyjnego obejmuje wszystkie elementy normy będącej podstawą recertyfikacji, przegląd dokumentacji oraz co najmniej reklamacje i zażalenia klientów auditowanej organizacji dot. systemu zarządzania, stosowanie logo jednostki certyfikującej i powoływanie się na certyfikat.
- 5.8.6 Do niezgodności sformułowanych w podczas auditu recertyfikacji muszą zostać wdrożone działania korekcyjne i korygujące przed upływem terminu ważności certyfikatu.
- Jeżeli jednostka Noble Cert nie może zweryfikować wdrożenia działań dotyczących dużych niezgodności w ciągu 6 miesięcy od ostatniego dnia 2 etapu auditu, to przeprowadza ponowny 2 etap przed udzieleniem rekomendacji dotyczącej certyfikacji.
- 5.8.7 Dokumentację z auditu recertyfikacji stanowią:
- plan auditu (F-10)
 - listy obecności spotkanie otwierające/zamykające (F-03)
 - raport z przeglądu dokumentacji (odpowiednio F-05a; F-05b; F-06a, F-07),
 - raport z auditu systemu zarządzania (F-11a)
 - notatki auditora (F-02)
 - karta(y) niezgodności (F-09), jeśli wystąpiły
 - arkusz uzgodnienia zakresu certyfikacji (F-128);
 - arkusz z przeglądu procesu certyfikacji (F-46) (AW wypełnia punkty 1, 2 ,3 i punkt 4 – kolumnę oznaczoną AW)

Tytuł:

CERTYFIKACJA SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA

Wydanie nr: IX z dnia 28.05.2021

data rewizji: -

- program auditów dla klienta (F-156)

W terminie do 5 dni roboczych po zakończeniu auditu recertyfikacji, AW przesyła do NC pocztą elektroniczną na adres auditor@noblecert.pl, kompletną dokumentację z auditu.

Pocztą tradycyjną, na adres siedziby Noble Cert, auditor wiodący przesyła (również w ciągu 5 dni roboczych):

- Arkusz uzgodnienia zakresu certyfikacji (F-128)
- Listy obecności spotkanie otwierające/zamykające (F-03)

5.8.8 Decyzję o udzieleniu ponownej certyfikacji podejmuje Kierownik JC lub osoba **wyznaczona** do podejmowania decyzji w procesie certyfikacji, analogicznie jak w przypadku certyfikacji początkowej (pkt. 5.6.1.3), na podstawie przeglądu zgromadzonych dokumentów. Ocena i decyzja dotycząca ponownej certyfikacji jest dokumentowana przez właściwe osoby w Arkuszu przeglądu procesu certyfikacji (F-46). Ważność nowej certyfikacji jest określana na podstawie daty ważności aktualnej certyfikacji. Data wydania nowego certyfikatu jest datą podjęcia decyzji dot. ponownej certyfikacji lub datą późniejszą.

5.8.9 Postępowanie z dokumentacją z procesu ponownej certyfikacji oraz z oceny procesu, zgromadzonej dokumentacji i podjęcia decyzji jest jak dla certyfikacji początkowej.

5.8.10 Jeżeli wniosek o ponowną certyfikację (recertyfikację) został złożony przez Klienta w terminie:

- krótszym niż 2 miesiące przed końcem ważności certyfikatu i decyzja o ponowną certyfikację nie zostanie podjęta przed upływem ważności certyfikatu,
- do 3 miesięcy po terminie ważności certyfikatu, ale system zarządzania jest utrzymywany to w uzasadnionych przypadkach jednostka NC przeprowadza proces udzielania certyfikatu, przy czym proces może być jest realizowany jak ponowna certyfikacja (recertyfikacja).

5.9 Zawieszenie certyfikatu

5.9.1 Zawieszenie ważności certyfikatu może nastąpić w następujących przypadkach:

- certyfikowany system zarządzania Klienta stale lub w poważnym stopniu nie spełnia wymagań certyfikacyjnych, w tym wymagań dotyczących skuteczności systemu
- Klient nie wyraża zgody na przeprowadzenie auditów w nadzorze lub auditów dla ponownej certyfikacji z wymaganą częstością
- Klient dobrowolnie poprosił o zawieszenie
- nie wywiązywania się przez Klienta ze zobowiązań określonych w umowie.

5.9.2 Decyzję o zawieszeniu certyfikatu podejmuje KJC jak w pkt 5.6.1. Decyzja jest dokumentowana w **F-46 Arkusz przeglądu procesu certyfikacji**. Zawieszenie ważności certyfikatu nie może przekraczać sześciu miesięcy. W okresie zawieszenia certyfikat systemu zarządzania klienta jest czasowo nieważny.

5.9.3 Kierownik JC informuje pisemnie klienta o

- zawieszeniu certyfikatu, z podaniem przyczyny zawieszenia
- warunkach zakończenia zawieszenia
- konieczności zaprzestania używania certyfikatu/znaku certyfikowanego systemu zarządzania w jakichkolwiek celach, do czasu ustania stanu zawieszenia
- konieczności poinformowania Noble Cert w terminie do 90 dni o działaniach jakie Klient podejmie, aby zakończyć zawieszenie
- działaniach jakie podejmie Noble Cert, gdy Klient nie prześle informacji do 90 dni

Nie przesłanie informacji w terminie do 90 dni skutkuje auditem z krótkim terminem powiadamiania lub bez zawiadamiania lub natychmiastowym cofnięciem certyfikatu, bez przeprowadzania auditu – decyzję podejmuje Kierownik NC.

- 5.9.4 Jeżeli certyfikat został zawieszony na wniosek klienta na określony czas, to aby zakończyć zawieszenie przed upływem terminu, Klient jest zobowiązany poinformować Noble Cert o ustaniu czynników związanych z zawieszeniem.
- 5.9.5 Po otrzymaniu informacji, SPA wysłała do Klienta **Arkusze aktualizacji danych (F-14)** i uruchamia proces nadzoru wg. pkt. 5.7.4 – 5.7.17. SPA informuje audytora wiodącego o okresie zawieszenia certyfikatu i czynnikach, które spowodowały zawieszenie.
- 5.9.6 Auditor wiodący planuje i przeprowadza audit w pkt. 5.7.8 – 5.7.14 przy czym należy zweryfikować stosowanie certyfikatu/znaku certyfikacji w okresie zawieszenia. Informacje nt. stosowania certyfikatu AW umieszcza w Raporcie.
- 5.9.7 Stan zawieszenia kończy się, opcjonalnie:
- przywróceniem prawa do używania certyfikatu/znaku po spełnieniu przez klienta określonych warunków
 - ograniczeniem zakresu certyfikacji
 - cofnięciem certyfikatu.
- 5.9.8 Przerwy w ciągłości certyfikacji są umieszczane na Certyfikacie, co skutkuje – po przywróceniu prawa do certyfikatu – wystawieniem nowego wydania Certyfikatu.

5.10 Cofnięcie certyfikatu

5.10.1 Cofnięcie ważności certyfikatu może nastąpić w przypadkach stwierdzenia:

- nie rozwiązania w czasie ustalonym przez Noble Cert kwestii, które spowodowały zawieszenie
- trwałego zaprzestania: produkcji wyrobów, świadczenia usług lub stosowania procesów objętych zakresem certyfikatu.

5.10.2 Decyzję o cofnięciu certyfikatu podejmuje Kierownik JC. Decyzja jest dokumentowana w **F-46 Arkusz przeglądu procesu certyfikacji**.

5.10.3 O cofnięciu certyfikatu klient jest informowany pisemnie. Po cofnięciu certyfikatu, Klient jest zobowiązany do zaprzestania powoływania się na status organizacji certyfikowanej i używania certyfikatów we wszystkich materiałach reklamowych.

5.10.4 Wykaz cofniętych certyfikatów jest dostępny w jednostce Noble Cert. Za jego aktualizację odpowiada SPA.

5.11 Ograniczenie zakresu certyfikatu

5.11.1 Ograniczenie zakresu podanego w certyfikacie może nastąpić gdy:

- nie zostały rozwiązane w czasie ustalonym przez jednostkę NC kwestie, które spowodowały zawieszenie certyfikacji
- Klient stale lub w poważnym stopniu nie spełnia wymagań certyfikacyjnych dla części zakresu certyfikacji
- na wniosek Klienta.

5.11.2 Decyzję o ograniczeniu zakresu certyfikatu podejmuje Kierownik JC lub osoba do tego upoważniona, jak w pkt.5.6.1.

5.11.3 Ograniczenie zakresu certyfikacji potwierdzone jest wystawieniem nowego certyfikatu z datą wydania odpowiadającą dacie podjęcia decyzji o ograniczeniu zakresu certyfikatu dotychczasowego. Klient jest zobowiązany, na żądanie Noble Cert, zwrócić dotychczasowy certyfikat.

5.12 Rozszerzenie zakresu/obszaru certyfikacji

5.12.1 Rozszerzenie zakresu/obszaru już udzielonej certyfikacji:

- następuje na wniosek Klienta
- wymaga dostarczenia wypełnionego **Arkusza danych (F-15)**
- wymaga przeglądu danych i określenia działań niezbędnych do podjęcia decyzji o rozszerzeniu
- może być przeprowadzone w ramach auditu nadzoru, przy czym czas trwania auditu nadzoru jest ponownie obliczany lub w ramach auditu dodatkowego np. auditu z krótkim terminem powiadamiania.

5.12.2 Metodologia i dokumentowanie rozszerzenie zakresu/obszaru już udzielonej certyfikacji oraz auditu analogicznie jak dla procesu certyfikacji początkowej i 2 etapu auditu.

5.12.3 Rozszerzenie zakresu /obszaru już udzielonej certyfikacji skutkuje podpisaniem aneksu umowy i wydaniem nowego certyfikatu z terminem ważności certyfikatu, którego zakres został rozszerzony.

5.14 Audit z krótkim terminem powiadamiania

5.13.1 Audit z krótkim terminem powiadamiania lub bez zawiadamiania przeprowadzany jest przez jednostkę NC w:

- celu zbadania skarg, które zostały zgłoszone do Noble Cert na certyfikowanego Klienta
- odpowiedzi na zmiany u Klienta, które mogą wpływać na zdolność systemu zarządzania do dalszego spełniania wymagań normy, która jest podstawą certyfikacji
- ramach dalszego postępowania z Klientem zawieszonym.

5.13.2 O konieczności przeprowadzenia auditu z krótkim terminem powiadamiania decyduje Kierownik JC. Klienci jednostki Noble Cert są informowani w umowach o możliwości przeprowadzania przez Noble Cert auditów z krótkim terminem powiadamiania lub bez zawiadamiania.

5.13.3 Kierownik JC powiadamia pisemnie Klienta o takim audicie na 14 dni przed oceną z podaniem informacji o: powodach auditu, jego zakresie i kosztach związanych z auditem.

5.13.4 Metodologia i dokumentowanie auditu analogicznie jak dla 2 etapu procesu certyfikacji początkowej.

5.14 Łączne auditowanie systemów zarządzania – audit połączony

5.14.1 Audit połączony jest auditem systemu zarządzania organizacji w odniesieniu do 2 lub więcej norm, przeprowadzonym w tym samym czasie, jest auditem zintegrowanego systemu zarządzania, przy czym stopień integracji może być różny.

5.14.2 Zespół auditujący jako całość ma spełniać wymagania kompetencyjne dla każdego obszaru technicznego w każdym programie certyfikacji (QMS,EMS,BHP) objętym zakresem auditu połączonego.

5.14.3 Gdy auditor wiodący wyznaczony do prowadzenia auditu połączonego nie ma kompetencji wymaganych do auditowania w odniesieniu do wszystkich norm objętych auditem połączonym, do zespołu są powoływani audytorzy z kompetencjami audytora wiodącego dla pozostałych norm i są oni odpowiedzialni za ustalenia i wnioski z auditu, które nie mieszczą się w kompetencjach audytora wiodącego.

5.14.4 Metodologia i dokumentowanie auditów połączonych analogicznie jak auditów certyfikacyjnych przeprowadzanych w odniesieniu do jednej normy przy czym w etapie 1 auditu należy zweryfikować poziom integracji systemów zarządzania.

Po 1 etapie może ulec zmianie czas trwania 2 etapu, gdy poziom integracji nie pokrywa się z zadeklarowanym przez klienta w danych do certyfikacji.

5.14.5 Dokumenty certyfikacyjne, wydawane w wyniku auditu połączonego są wydawane opcjonalnie w formie:

- pojedynczego certyfikatu, który przywołuje wszystkie normy dotyczące systemów zarządzania objęte auditem połączonym
- oddzielnych certyfikatów dla każdej normy dotyczącej systemu zarządzania.

5.14.6 Gdy Kierownik JC podejmuje decyzję o zawieszeniu lub cofnięciu certyfikatu w odniesieniu do jednej z norm, analizuje czy wpływa ono także na inne normy dotyczące systemu zarządzania i certyfikaty.

5.14.7 Jeżeli cofnięcie certyfikatu jest ograniczone tylko do określonej normy, certyfikat jest ponownie wydawany dla pozostałych norm, których to cofnięcie nie dotyczy.

5.15 Przejmowanie certyfikatów od innych akredytowanych jednostek

5.15.1 Przenoszone są tylko:

- certyfikacje akredytowane przez sygnatariuszy IAF MLA
- ważne akredytowane certyfikacje
- certyfikacje z zamkniętymi niezgodnościami.

5.15.2 Nie przenosi się:

- certyfikacji nie objętych akredytacją przez sygnatariuszy IAF MLA
- certyfikacji zawieszonych lub zagrożonych zawieszeniem
- certyfikacji z otwartymi niezgodnościami.

5.15.3 Klienci, których certyfikacje nie są objęte akredytacją przez sygnatariuszy IAF MLA są traktowani jak nowi klienci. W przypadku certyfikacji wydanej przez jednostkę certyfikującą, która zakończyła działalność, lub której akredytacja wygasła, została zawieszona lub cofnięta, przeniesienia należy dokonać we wcześniejszym z dwóch terminów: w ciągu 6 miesięcy lub do momentu wygaśnięcia certyfikacji. W takich przypadkach, przed dokonaniem przeniesienia, akceptująca jednostka certyfikująca powinna powiadomić jednostkę akredytującą, pod której akredytacją zamierza udzielić certyfikacji.

5.15.4 Potencjalny klient przesyła do jednostki NC:

- wypełniony Arkusz danych do certyfikacji (F-15)
- kopię aktualnego posiadanego certyfikatu
- kopię raportów z auditów z ostatniego cyklu certyfikacji

5.15.5 KJC dokonuje przeglądu certyfikacji potencjalnego klienta, który obejmuje:

- przegląd dokumentacji
- wizytę u potencjalnego klienta, przed przeniesieniem certyfikacji, w szczególności gdy podczas przeglądu dokumentacji np. stwierdzono niezamknięte duże niezgodności, w celu potwierdzenia ważności certyfikacji.

Przegląd dokonywany jest wg dyspozycji podanych w formularzu **F-45 Arkusz przeniesienia certyfikatu**.

5.15.6 KJC podejmuje decyzje dotyczącą przeniesienia certyfikatu i sposobu dalszego postępowania oraz przygotowuje kalkulację i ofertę dotyczącą przeniesienia certyfikatu.

5.15.7 W przypadku przeniesienia w ramach nadzoru/recertyfikacji, **Arkusz przeniesienia certyfikatu (F-45)** jest wypełniany przez auditora wiodącego.

5.15.8 Pozostałe elementy analogicznie jak dla procesu certyfikacji nowego klienta .Na podstawie dostarczonych raportów z auditów AW opracowuje **Program auditów dla klienta (F-156)**.

5.16 Certyfikacja organizacji o wielu lokalizacjach

Certyfikacja organizacji o wielu lokalizacjach jest przeprowadzana, przy spełnieniu odpowiednich warunków, wg dwóch metod.

5.16.1 Certyfikacja organizacji wielooddziałowej metodą próbkowania

5.16.1.1 Organizacja wielooddziałowa to organizacja która

- ma zdefiniowaną siedzibę centralną, zwana dalej Centralą, gdzie planuje się, nadzoruje i zarządza działaniami
- ma sieć biur lokalnych lub oddziałów w których te działania są w całości lub części prowadzone
- może być jedną osobą prawną ale nie musi
- ma powiązania prawne lub kontraktowe wszystkich oddziałów z Centralą
- ma wspólny system zarządzania ustanowiony, wprowadzony i ciągle nadzorowany przez Centralę, co oznacza, że Centrala ma prawo, w razie potrzeby, do wprowadzania w każdym oddziale działań korygujących.

5.16.1.2 Warunki, jakie musi spełniać organizacja wielooddziałowa, aby zastosować próbkowanie

- procesy we wszystkich oddziałach są w zasadzie tego samego rodzaju
- procesy są realizowane podobnymi metodami i według podobnych procedur
- system zarządzania organizacji jest zarządzany centralnie według centralnie realizowanego planu i jest objęty centralnym przeglądem zarządzania
- wszystkie oddziały (łącznie z centralą) objęte są programem auditów wewnętrznych organizacji i są auditowane zgodnie z tym programem przed rozpoczęciem oceny przez jednostkę certyfikującą
- system zarządzania ustanowiony przez Centralę jest zgodny z normą, która jest podstawą certyfikacji i cała organizacja spełnia wymagania tej normy
- dane ze wszystkich oddziałów i Centrali są gromadzone i analizowane oraz inicjowane są zmiany organizacyjne, gdy to konieczne. Dotyczy to:
 - dokumentacji systemowej i zmian w systemie
 - przeglądów zarządzania
 - skarg
 - oceny działań korygujących
 - planowania auditów wewnętrznych i oceny ich wyników
 - zmian w aspektach środowiskowych i związanych z nimi wpływach w przypadku systemów zarządzania środowiskowego (dotyczy tylko EMS)

Tytuł:

CERTYFIKACJA SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA

Wydanie nr: IX z dnia 28.05.2021

data rewizji: -

- zmian w występujących zagrożeniach i związanego z nimi ryzyka w przypadku systemu zarządzania bezpieczeństwem i higiena pracy (dotyczy tylko BHP)
- wymagań prawnych i regulacji dotyczących obowiązujących norm

5.16.1.3 KJC każdorazowo ocenia czy do organizacji mogą być zastosowane procedury próbkowania uwzględniając:

- rodzaje sektorów i działalności (np. opartym na ocenie ryzyka i złożoności dotyczących danego sektora lub działalności)
- wyniki auditów wewnętrznych w oddziałach i przeglądów zarządzania lub dotychczasowych auditów certyfikacyjnych
- zapisy dotyczące skarg oraz inne istotne aspekty działań korygujących i zapobiegawczych
- znaczące różnice w wielkości oddziałów
- różnice dotyczące pracy zmianowej i procedur pracy
- złożoność systemu zarządzania i procesów realizowanych w oddziałach
- zmiany wprowadzone od czasu ostatniego auditu certyfikacyjnego
- dojrzałość systemu zarządzania i wiedza o organizacji
- wielkość oddziałów spełniających warunki do przeprowadzania auditu wieloodziałowego
- różnice pomiędzy lokalnymi wdrożeniami systemu zarządzania
- kwestie dotyczące środowiska oraz zasięg aspektów środowiskowych i związanych z nimi wpływów w systemie zarządzania środowiskowego
- odmienność kulturową, językową i wymagań prawnych
- rozproszenie geograficzne oddziałów oraz
- istnienie oddziałów stałych, tymczasowych czy wirtualnych, które prowadzą działalność w systemie zarządzania organizacji i nie mają być objęte zakresem certyfikacji.

Wybór ten nie musi być dokonany na początku procesu auditu. Można go także dokonać po zakończeniu auditu funkcji centralnej. W każdym przypadku funkcja centralna powinna być poinformowana o oddziałach, które będą wchodziły w skład próbki. Informacje te można przekazać ze stosunkowo krótkim wyprzedzeniem przed auditem, jednak należy zapewnić wystarczającą ilość czasu na przygotowanie do auditu.

Wielkość próbki lub częstość próbkowania powinny być zwiększane tam, gdzie analiza ryzyka związanego z procesem/działaniem objętym systemem zarządzania podlegającym certyfikacji, przeprowadzona przez jednostkę certyfikującą, wskazuje na specjalne okoliczności odnoszące się do czynników takich, jak:

- wielkość oddziałów i liczba zatrudnionych
- stopień złożoności lub poziom ryzyka związany z procesem/działaniem i systemem zarządzania
- różnice w wykonywaniu pracy (np. praca zmianowa)

Tytuł:

CERTYFIKACJA SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA

Wydanie nr: IX z dnia 28.05.2021

data rewizji: -

- różnice w prowadzonych działaniach/procesach
- zapisy dotyczące skarg oraz inne istotne aspekty działań korygujących i zapobiegawczych
- jakiegokolwiek aspekty wielonarodowościowe
- wyniki auditów wewnętrznych i przeglądów zarządzania

5.16.1.4 KJC określa minimalną liczbę oddziałów, które powinny zostać auditowane wg zasady:

- **audit certyfikacyjny** – wielkość próbki stanowi pierwiastek kwadratowy z liczby oddziałów nie licząc Centrali, po zaokrągleniu w górę do najbliższej liczby całkowitej
- **audit nadzoru** – wielkość próbki, wyznaczonej co roku, równa jest pierwiastkowi kwadratowemu z liczby oddziałów poza centralą, ze współczynnikiem 0,6 po zaokrągleniu w górę do najbliższej liczby całkowitej
- **audit recertyfikacyjny** – wielkość próbki jest taka sama jak dla auditu certyfikacyjnego; niemniej jednak, w przypadku potwierdzenia w ciągu poprzednich trzech lat skuteczności działania systemu zarządzania, wielkość próbki może być zmniejszona o współczynnik 0,8 po zaokrągleniu w górę do najbliższej liczby całkowitej
- centrala jest auditowana każdorazowo
- co najmniej 25% próbki jest wybierane losowo.

5.16.1.5 Czas trwania auditu jest kalkulowany z zastosowaniem wytycznych wg DNC-10; DNC-11 oraz DNC-12 dla każdego oddziału i centrali.

5.16.1.6 Niezgodność stwierdzona w Centrali lub w jednym z oddziałów skutkuje:

- ustaleniem czy są to niedostatki całego systemu, które występują również w innych oddziałach
- zastosowaniem procedury działań korygujących w Centrali i we wszystkich oddziałach
- odmową certyfikacji całej organizacji wielooddziałowej do czasu przeprowadzenia zadowalających działań korygujących
- przedstawieniem dowodów o przeprowadzeniu działań korygujących do Noble Cert
- czasowym zwiększeniem wielkości próbki, gdy tak postanowi Noble Cert.

5.16.1.7 W trakcie procesu certyfikacji nie można wyłączyć z zakresu certyfikacji „problematicznego” oddziału.

5.16.1.8 Jednostka NC wydaje w zasadzie jeden certyfikat z nazwą i adresem centrali organizacji. Listę wszystkich oddziałów objętych certyfikacją zamieszcza w samym certyfikacie lub załączniku do certyfikatu. Zakresy certyfikatu wyraźnie określają, że certyfikowane działalności są realizowane przez sieć oddziałów z listy.

5.16.1.9 Jednostka NC cofa cały certyfikat, jeżeli Centrala lub którykolwiek z oddziałów nie spełnia/nie spełniają kryteriów niezbędnych dla utrzymania certyfikacji.

5.16.1.10 Jednostka NC wymaga od Klienta aktualizowania listy oddziałów np. w przypadku zamknięcia któregoś z oddziałów, zmiany nazwy bądź adresu oddziału. Nie dostarczenie tych informacji

jest traktowane jako nadużycie certyfikacji i uruchamiane jest stosowne postępowanie związane z cofnięciem certyfikatu.

5.16.1.11 Pozostałe elementy (metodologia i dokumentowanie) analogicznie jak dla procesu certyfikacji organizacji o jednej lokalizacji.

5.16.2 Certyfikacja organizacji wielooddziałowej dla której nie stosuje się metody próbkowania

5.16.2.1 Certyfikacja dotyczy organizacji o wielu lokalizacjach, w których nie są wykonywane działania o tym samym charakterze, niezależnie czy organizacja jest jedną osobą prawną czy nie.

5.16.2.2 Czas trwania auditu jest kalkulowany z zastosowaniem wytycznych wg DNC-10; DNC-11 i DNC-12 jak dla sytuacji gdyby wszystkie działania organizacji były prowadzone w jednym miejscu oraz wszyscy pracownicy w jednym miejscu pracowali. Podział czasu na poszczególne lokalizacje określa się odpowiednio do specyficznych warunków lokalizacji.

5.16.2.3 W takim przypadku audyty w nadzorze obejmują w ciągu roku kalendarzowego 30% oddziałów, po zaokrągleniu w górę do liczby całkowitej. Pozostałe elementy (metodologia i dokumentowanie) analogicznie jak dla procesu certyfikacji organizacji o jednej lokalizacji.

5.17 Wniosek o przepisaniu certyfikatu

5.17.1 W przypadku zmian danych adresowych klienta lub zmian statusu prawnego klienta w trakcie ważności certyfikatu, Kierownik JC na podstawie wniosku (F-36) złożonego przez klienta podejmuje decyzje o możliwości przepisania certyfikatu.

6. DOKUMENTY ZWIĄZANE

PN-EN ISO/IEC 17021-1:2015 Ocena zgodności. Wymagania dla jednostek prowadzących audyty i certyfikację systemów zarządzania .Część 1 Wymagania

IAF MD 1:2018 Dokument obowiązkowy IAF dotyczący zasad próbkowania w procesach certyfikacji organizacji wielooddziałowych

IAF MD 2:2017 Dokument obowiązkowy IAF dotyczący przenoszenia akredytowanej certyfikacji systemów zarządzania

IAF MD 4:2018 Dokument obowiązkowy IAF dotyczący stosowania technologii informacyjno-komunikacyjnych do celów prowadzenia auditów/ocen

IAF MD 5:2019 Dokument obowiązkowy IAF dotyczący ustalania czasu auditów QMS i EMS

IAF MD 11:2019 Dokument obowiązkowy IAF dotyczący zastosowania normy ISO/IEC 17021-1 w auditach zintegrowanych systemów zarządzania

DNC-01 Zasady certyfikacji/ponownej certyfikacji systemów zarządzania w Noble Cert

DNC-02 Zasady stosowania znaków Noble Cert i certyfikatu Noble Cert

DNC-03 Obszary techniczne dla systemu zarządzania jakością wg PN-EN ISO 9001 (QMS)

DNC-04 Obszary techniczne dla systemu zarządzania wg PN-EN ISO 14001 (EMS)

DNC-05 Obszary techniczne dla systemu zarządzania wg PN- ISO 45001 (BHP)

- DNC-09 Wymagania dla stanowisk/funkcji w jednostce Noble Cert
- DNC-10 Wytyczne do obliczania czasu pracy auditorów w procesie certyfikacji.
Tabela nr 1 Zależności pomiędzy liczbą personelu a czasem trwania auditu QMS
- DNC-11 Wytyczne do obliczania czasu pracy auditorów w procesie certyfikacji.
Tabela nr 2 Zależności pomiędzy liczbą personelu, złożonością a czasem trwania auditu EMS/BHP
- DNC-12 Wytyczne do obliczania czasu pracy auditorów w procesie certyfikacji
Tabela nr 3 Zasady obliczania czasu trwania auditu zintegrowanego systemu zarządzania
- DNC-13 Wytyczne do spotkania otwierającego i zamykającego
- DNC-16 Wykaz dokumentów objętych nadzorem
- DNC-17 Wykaz zapisów objętych nadzorem

7. FORMULARZE

- F-15 Arkusz danych do certyfikacji systemów zarządzania
- F-21 Kalkulacja i przegląd wniosku
- F-22 Kalkulacja i przegląd wniosku organizacji wielooddziałowej
- F-23a Ofert na certyfikację systemu zarządzania wg PN-EN ISO 9001
- F-23b Oferta na certyfikację systemu zarządzania wg PN-EN ISO 14001
- F-23c Oferta na certyfikację systemu zarządzania wg PN-ISO 45001
- F-24 Zlecenie certyfikacji
- F-25 Umowa o certyfikację
- F-25a Aneks do umowy o certyfikację
- F-49 Baza auditorów
- F-48 Baza klientów
- F-55 Rejestr ofert
- F-12 Potwierdzenie przyjęcia wniosku
- F-16, F-16a Zlecenie wykonania auditu
- F-04 Plan auditu 1 etap
- F-03 Lista obecności spotkanie otwierające/zamykające
- F-02 Notatki auditora
- F-05a Raport z przeglądu dokumentacji PN-EN ISO 9001 i PN-EN 17100
- F-05b Raport z przeglądu dokumentacji PN-EN ISO 9001:2015-10
- F-06a Raport z przeglądu dokumentacji PN-EN ISO 14001:2015-09
- F-07 Raport z przeglądu dokumentacji PN -ISO 45001
- F-08 Raport z auditu systemu zarządzania 1 etap
- F-09 Karta niezgodności
- F-10 Plan auditu 2 etap
- F-11 Raport z auditu systemu zarządzania 2 etap PN-EN ISO 9001

- F-46 Arkusz przeglądu procesu certyfikacji
- F-51 Certyfikat systemu zarządzania wg PN-EN ISO 9001
- F-52 Certyfikat systemu zarządzania wg PN-EN ISO 14001
- F-53 Certyfikat systemu zarządzania wg PN-ISO 45001
- F-54 Certyfikat zintegrowanego systemu zarządzania
- F-58 Certyfikat systemu zarządzania w organizacji wielooddziałowej
- F-14 Arkusz aktualizacji danych przed nadzorem
- F-45 Arkusz przeniesienia certyfikatu
- F-36 Wniosek o przepisanie certyfikatu
- F-13 Powiadomienie o audycie nadzoru
- F-128 Arkusz uzgodnienia zakresu certyfikacji
- F-156 Program auditów dla klienta
- F-157 Załącznik – zakres auditu