###### WZÓR

###### Załącznik nr 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Wypełnia właściwy departament merytoryczny w MI*** | | **MINISTER Infrastruktury**  ul. Chałubińskiego 4/6  00-928 Warszawa |
| Data wpływu: |  |
| Numer rejestracyjny |  |
| Data rejestracji |  |
| Podpis: |  |

## WNIOSEK o udzielenie/ROZSZERZENIE zakresu\* AUTORYZACJI

w zakresie podlegającym rozporządzeniu/dyrektywie/decyzji[[1]](#footnote-1)\* *nr*

dotyczącej

w związku z ubieganiem się o notyfikację Komisji Europejskiej i pozostałych państw członkowskich Unii Europejskiej dla:

*..........................................................................................................*

w imieniu której(-ego) deklaruję

* Znajomość i umiejętność stosowania aktów prawnych i norm odnoszących się do obszaru objętego   
  autoryzacją;
* Posiadanie odpowiedniego potencjału technicznego i kompetentnego personelu do wykonywania wszystkich zadań przewidzianych do realizacji przez jednostkę notyfikowaną;
* Zapewnienie rozwoju kompetencji personelu i zasobów materialnych niezbędnych do wykonywania   
  obowiązków jednostki notyfikowanej;
* Zachowanie bezstronności i poufności w zakresie zadań realizowanych jako jednostka notyfikowana;
* Posiadanie odpowiedniego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
* Przyjęcie odpowiedzialności za właściwą realizację wszystkich zadań przewidzianych w ramach poszczególnych procedur oceny zgodności, a w przypadku korzystania z podwykonawców, za ciągłość łańcucha odpowiedzialności;
* Uczestniczenie w badaniach porównawczych, jeśli będą wymagane;
* Aktywne uczestniczenie w pracach krajowej i europejskiej platformy jednostek notyfikowanych;
* Przechowywanie kompletnej dokumentacji, przez okres wymagany odpowiednimi przepisami lub  
   w przypadku ich braku przez 10 lat od momentu wytworzenia ostatniej partii wyrobu oraz zapewnienie   
  władzom autoryzującym dostępu do tej dokumentacji, a w przypadku cofnięcia autoryzacji – przekazanie   
  dokumentacji władzom autoryzującym lub zapewnienie im ciągłego dostępu do niej;
* Spełnienie wymagań, stawianych przez władze autoryzujące w ramach procesu autoryzacji, niezbędnych do rozpatrzenia wniosku;
* Zgodę na kontrolę działalności objętej autoryzacją przez organy ministra właściwego ze względu na zakres autoryzacji;
* Zgodę na poniesienie wszystkich kosztów związanych z uzyskaniem notyfikacji oraz wynikających   
  z posiadania statusu jednostki notyfikowanej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

|  |  |
| --- | --- |
| .................................................................. | .................................................................. |
| *(Podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej za finanse)* | *(Podpis i pieczęć osoby upoważnionej*  *do reprezentowania podmiotu)* |
| *Miejscowość, data: .....................................................* | *Miejscowość, data: .....................................................* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Identyfikacja wnioskodawcy:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1. Nazwa: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2. Adres (ulica, nr): | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3. Kod Pocztowy | | | | |  | |  | **-** |  | | |  |  | | Miasto | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4. Regon: | | |  |  |  | |  |  |  | | |  |  | |  |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.5. Telefon: | |  | | | | | | | | | Fax.: | | |  | | | | | E-mail: |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.6. Adres strony internetowej: | | | | | | | | | | **http://** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.7. Imię i Nazwisko odpowiedzialnej za kierowanie jednostką: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Telefon: | |  | | | | | | | | | Fax.: | | |  | | | | | E-mail: |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.8. Imię i Nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów w sprawie autoryzacji i notyfikacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Telefon: | |  | | | | | | | | | Fax.: | | |  | | | | | E-mail: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. Rodzaj jednostki/laboratorium** **oraz dane o akredytacji** *(odnoszące się do wnioskowanej autoryzacji)*: | | |
|  | **Zaznaczyć odpowiednie pole i podać informacje  o akredytacji Polskiego Centrum Akredytacji[[2]](#footnote-2)\*** | |
| Jednostka kontrolująca |  |  |
| Jednostka certyfikująca wyroby |  |  |
| Jednostka certyfikująca systemy zarządzania |  |  |
| Jednostka certyfikująca zakładową kontrolę produkcji |  |  |
| Laboratorium badawcze |  |  |

|  |
| --- |
| **3. Wnioskowany zakres autoryzacji:** |
| Określony jest w załączniku do niniejszego wniosku |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Personel** | | | | | | | | | | |
| 4.1. Liczba pracowników w obszarze objętym wnioskiem o autoryzację: | | | | | | | |  | | |
| 4.2. Poziom wykształcenia personelu *(dot. 4.1. - podać liczbę pracowników w poszczególnych grupach)*: | | | | | | | | | | |
|  | 4.2.1. wyższe | | |  | | , w tym specjalistyczne | | |  |  |
|  | 4.2.2. średnie | | |  | | , w tym specjalistyczne | | |  |  |
|  | 4.2.3. zawodowe | | |  | | , w tym specjalistyczne | | |  |  |
| 4.3. Poziom doświadczenia personelu *(dot. 4.1. - podać liczbę pracowników w poszczególnych grupach)*: | | | | | | | | | | |
|  | 4.3.1. do 5 lat | | |  | |  | | |  |  |
|  | 4.3.2. od 5 do 10 lat | | |  | |  | | |  |  |
|  | 4.3.3. od 10 do 20 lat | | |  | |  | | |  |  |
|  | 4.3.4. powyżej 20 lat | | |  | |  | | |  |  |
| 4.4. Nakłady na szkolenia w roku: | | | | | | | | | | |
|  | *bieżącym* |  | *poprzednim* | |  | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Niezależność / Status prawny** | |
|  | |
| 5.1. Forma prawna *(podać nr rejestru)*: | |
| 5.2. Udziałowcy / akcjonariusze: | |
| Nazwa | Udziały / Akcje |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Wyposażenie** | | | | | |
| 6.1. Czy posiadane wyposażenie gwarantuje wypełnianie obowiązków wynikających z działalności notyfikacyjnej? | | | | | |
|  |  | TAK |  | NIE |  |
| 6.2. Czy przewiduje się korzystanie z wyposażenia poza laboratorium badawczym jednostki notyfikowanej? | | | | | |
|  |  | TAK |  | NIE |  |

Jeżeli, tak w zakresie autoryzacji należy wyróżnić procedury/normy w przypadku których jednostka przewiduje korzystanie z urządzeń innego laboratorium lub producenta

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Poufność** | | | | | |
| Czy jednostka posiada odpowiednie i zgodne z obowiązującym prawem ustalenia, dotyczące ochrony informacji uzyskanych podczas prowadzonych działań związanych z oceną zgodności? | | | | | |
|  |  | TAK |  | NIE |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8. Ubezpieczenie** | | | | | | |
| 8.1. Czy jednostka ma polisę od odpowiedzialności cywilnej? | | | | | | |
|  |  | TAK |  | NIE | |  |
|  | Jeśli tak należy podać: | | | | | |
|  | * Ubezpieczyciel *(nazwa i adres)*: | | | |  | |
|  | * Od kiedy: | | | |  | |
|  | * Kwota ubezpieczenia: | | | |  | |
|  | * Data ważności polisy: | | | |  | |
|  | Jako załącznik: kopia polisy ubezpieczeniowej | | | | | |
| 8.2. Czy odpowiedzialność cywilną za jednostkę przejmują na siebie władze państwowe? | | | | | | |
|  |  | TAK |  | NIE | |  |
|  | Jeżeli tak podaj, kto i na mocy, jakiej decyzji | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 8.3. Czy w okresie ważności ubezpieczenia jednostka korzystała z niego? | | | | | | |
|  |  | TAK |  | NIE | |  |
|  | Jeżeli tak: podaj, kiedy, dlaczego i w jakim zakresie: | | | | | |
|  |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9. Podwykonawstwo** | | | | | | | |
| Czy jednostka przewiduje podwykonawstwo w działalności notyfikowanej? | | | | | | | |
|  | | |  | TAK |  | NIE |  |
|  | Jeśli tak: | | | | | | |
|  | | * Czy są zawarte umowy z podwykonawcami? | | | | | |
|  | | |  | TAK |  | NIE |  |
|  | | * Czy kompetencje podwykonawców zostały ocenione? | | | | | |
|  | | |  | TAK |  | NIE |  |
|  | | * Czy kompetencje podwykonawców są monitorowane? | | | | | |
|  | | |  | TAK |  | NIE |  |
|  | | * W zakresie autoryzacji wyróżnić procedury/normy w przypadku których jednostka przewiduje korzystanie z podwykonawców. | | | | | |

Jako załącznik: wykaz podwykonawców

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10. Doświadczenie** | | | | | | | | |
| 10.1. Od którego roku jednostka realizuje badania/inspekcje/certyfikacje w obszarze objętym wnioskowanym zakresem autoryzacji *(niezależnie od systemu):* | | | | | | | |  |
| 10.2. Liczba wydanych certyfikatów w roku poprzednim: | | | | | |  | | |
| 10.3. Liczba badań wykonanych w roku poprzednim: | | | | | |  | | |
| 10.4. Liczba kontroli wykonanych w roku poprzednim: | | | | | |  | | |
| **Czy jednostka kandydująca była oceniana przez ekspertów zagranicznych w obszarze, w którym ubiega się o autoryzację** | | | | | | | | |
|  |  | TAK | |  | NIE | |  | |
|  | Ocena była: | |  |  |  | |  | |
|  |  | pozytywnie | |  | negatywnie | |  | |
|  | Wymień, kiedy, kto i w jakim zakresie (okres ostatnich 5-ciu lat): | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11. Udział w działalności normalizacyjnej** | | | | | | | | | | | | |
| Czy jednostka bierze udział w pracach Komitetów Technicznych przy Polskim Komitecie Normalizacyjnym i/lub Europejskich Organizacji Normalizacyjnych (CEN/CENELEC/ETSI) *i/*lub innych organizacji normalizujących? | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | TAK | |  | NIE | |  | | |
|  | Jeśli tak: | | | | | | | | | | | |
|  | | Nazwa  organizacji | | Nr  komitetu | | Nazwa komitetu | | | Zakres prac | | Pełniona rola |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **12. Udział w pracach grupy koordynującej jednostki notyfikowane** | | | | | |
| Czy jednostka uczestniczy w pracach grupy koordynującej jednostki notyfikowane? | | | | | |
|  | - na poziomie krajowym |  | TAK |  | NIE |
|  | - na poziomie UE |  | TAK |  | NIE |
|  | *(Podać nazwę grupy, datę przystąpienia oraz imię, nazwisko, kontakt do reprezentanta jednostki)* | | | | |
|  |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **13. Wykaz załączonej dokumentacji:** | |  |
| 13.1 Kopia certyfikatu i zakresu akredytacji |  |  |
| 13.2 Kopia ubezpieczenia OC |  |  |
| 13.3 Lista podwykonawców |  |  |
| 13.4. inne |  |  |

|  |
| --- |
| **14. Informacje uzupełniające:** |
|  |

|  |
| --- |
| **15. Zobowiązania:** |
| * W przypadku zaistnienia jakichkolwiek zmian w podanych informacjach zobowiązuję się, że dane te zostaną skorygowane. |
| * Deklaruję składanie informacji w wymaganym przez jednostkę autoryzującą terminie. |
| * Wyrażam zgodę na zbieranie informacji na temat jednostki przez organ autoryzujący. |

|  |  |
| --- | --- |
| ..................................................... | ..................................................... |
| *Miejscowość i data* | *(Podpis i pieczęć osoby upoważnionej*  *do reprezentowania podmiotu)* |

Ministerstwo Infrastruktury gwarantuje wnioskującym o autoryzację zachowanie w poufności wszystkich podanych tu informacji i zobowiązuje się do przestrzegania ich praw własności. Informacje te nie będą ujawniane bez zgody jednostki stronom trzecim, o ile prawo nie stanowi inaczej.

|  |
| --- |
| **ADNOTACJE MI** |
|  |

1. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. \* Prosimy podać nr certyfikatu akredytacji wraz z datą ważności [↑](#footnote-ref-2)