### PRZEGLĄD DOKUMENTACJI WERYFIKATORA ŚRODOWISKOWEGO EMAS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa jednostki: | |  | | |
| Ulica, nr |  | | Kod, miasto |  |

| **PN-EN ISO/IEC 17021-1:2015-09 i rozporządzenie EMAS** | | Identyfikacja dokumentu weryfikatora EMAS związanego z wymaganiem  (nazwa, rozdz., punkt)  (wypełnia weryfikator) | **PRZEGLĄD DOKUMENTACJI**  (wypełnia auditor wiodący PCA zgodnie z zakresem oceny) | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Opis wymagań do poszczególnych punktów normy ma formę uproszczoną. Szczegóły wymagań znajdują się w tekście normy oraz* *rozporządzeniu EMAS.* | | Spełnienie wymagania | | Niezgodności / spostrzeżenia[[1]](#footnote-1) |
| TAK | NIE |
| **5** | **Wymagania ogólne** |  |  |  |  |
| **5.1** | **Zagadnienia prawne i kontraktowe** |  |  |  |  |
| **5.1.1** | **Odpowiedzialność prawna** |  |  |  |  |
| **5.1.2** | **Umowa o certyfikację**  Art. 25 ust. 1 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **5.1.3** | **Odpowiedzialność za decyzje w sprawie certyfikacji**  Art. 25 ust. 8 i 9 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **5.2** | **Zarządzanie bezstronnością** |  |  |  |  |
| **5.2.1** | Odpowiedzialność za bezstronność działalności  Art. 20 ust. 4 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **5.2.2** | Polityka odnosząca się do znaczenia bezstronności, zarządzania konfliktami interesów, obiektywności  w procesach certyfikacji systemów zarządzania  Art. 20 ust. 6 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **5.2.3** | Proces identyfikacji, analizy, oceny, działań, monitorowania i dokumentowania ryzyk dot. konfliktów interesów  Art.20 ust. 5 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **5.2.3** | Nieoferowanie certyfikacji w przypadku występowania powiązań stanowiących niedopuszczalne zagrożenie dla bezstronności |  |  |  |  |
| **5.2.4** | Niecertyfikowanie innej jednostki certyfikującej w zakresie jej systemu zarządzania jakością |  |  |  |  |
| **5.2.5** | Nieprowadzenie usług konsultacyjnych w zakresie systemów zarządzania  Art. 20 ust. 4 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **5.2.6** | Nieprowadzenie auditów wewnętrznych dla swoich certyfikowanych klientów |  |  |  |  |
| **5.2.7** | Niecertyfikowanie systemu(ów) zarządzania w przypadku, gdy powiązania między jednostką a organizacją konsultującą stanowi niedopuszczalne zagrożenie dla bezstronności |  |  |  |  |
| **5.2.8** | Niepodzlecanie auditów organizacjom konsultingowym |  |  |  |  |
| **5.2.9** | Nieoferowanie certyfikacji w powiązaniu z konsultingiem |  |  |  |  |
| **5.2.10** | Niewykorzystywanie personelu powiązanego  z konsultacją |  |  |  |  |
| **5.2.11** | Reagowanie na jakiekolwiek zagrożenie dla bezstronności |  |  |  |  |
| **5.2.12** | Bezstronność całego personelu oraz komitetów |  |  |  |  |
| **5.2.13** | Wymaganie od personelu wewnętrznego i zewnętrznego, ujawnienia każdego potencjalnego konfliktu interesów |  |  |  |  |
| **5.3** | **Zobowiązania i finansowanie** |  |  |  |  |
| **5.3.1** | Szacowanie ryzyka związanego z certyfikacją |  |  |  |  |
| **5.3.2** | Oszacowanie finansów i źródeł przychodu oraz wykazanie, że naciski komercyjne nie naruszają bezstronności |  |  |  |  |
| **6** | **Wymagania dotyczące struktury organizacyjnej** |  |  |  |  |
| **6.1** | **Struktura organizacyjna i najwyższe kierownictwo** |  |  |  |  |
| **6.1.1** | Dokumentowanie struktury organizacyjnej i jej zarządzanie  Art.20 ust. 7 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **6.1.2** | Struktura działalności certyfikacyjnej i zarządzanie zapewniające bezstronność |  |  |  |  |
| **6.1.3** | Uprawnienia i odpowiedzialność najwyższego kierownictwa za:  a) opracowanie polityk oraz ustanowienie procesów  i procedur  b) nadzór nad wdrożeniem polityk, procesów i procedur c) zapewnienie bezstronności  d) nadzór nad finansami  e) opracowanie usług i programów dot. certyfikacji  f) wykonywanie auditów i certyfikacji oraz reagowanie na skargi  g) decyzje w sprawie certyfikacji  h) delegowanie uprawnień do komitetów lub osób  i) zawieranie kontraktów  j) zapewnienie odpowiednich zasobów |  |  |  |  |
| **6.1.4** | Zasady powoływania i funkcjonowania komitetów |  |  |  |  |
| **6.2** | **Nadzór operacyjny** |  |  |  |  |
| **6.2.1** | Proces nadzoru działalności certyfikacyjnej |  |  |  |  |
| **6.2.2** | Metoda nadzoru działalności łącznie z procesami, obszarami technicznymi, kompetencjami personelu, strukturą nadzoru zarządzania, sprawozdawczością |  |  |  |  |
| **7** | **Wymagania dotyczące zasobów** |  |  |  |  |
| **7.1** | **Kompetencje personelu** |  |  |  |  |
| **7.1.1** | **Procesy zapewniające i wykazujące kompetencje personelu prowadzącego certyfikację** |  |  |  |  |
| **7.1.2** | **Proces określania kryteriów kompetencyjnych dla personelu** |  |  |  |  |
| **7.1.3** | **Procesy oceny i monitorowania kompetencji personelu**  Art. 20 ust. 2 i 3, art. 22 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **7.1.4** | **Dostęp do doradztwa technicznego** |  |  |  |  |
| **7.2** | **Personel zaangażowany w działania certyfikacyjne** |  |  |  |  |
| **7.2.1** | Kompetencje personelu zarządzającego programami auditów |  |  |  |  |
| **7.2.2** | Dostęp do wystarczającej liczby auditorów i ekspertów technicznych |  |  |  |  |
| **7.2.3** | Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność personelu |  |  |  |  |
| **7.2.4** | Zdefiniowane procesy wyboru, szkolenia i upoważniania auditorów oraz wyboru ekspertów |  |  |  |  |
| **7.2.5** | Proces osiągania i wykazywania skutecznego auditowania |  |  |  |  |
| **7.2.6** | Zapewnienie, że auditorzy/eksperci są obeznani z wymaganiami i mają dostęp do udokumentowanych procedur i instrukcji |  |  |  |  |
| **7.2.7** | Identyfikacja potrzeb szkoleniowych i zapewnienie dostępu do specyficznych szkoleń dla auditorów, ekspertów i innego personelu |  |  |  |  |
| **7.2.8** | Kompetencje grupy lub osoby podejmującej decyzje certyfikacyjne |  |  |  |  |
| **7.2.9** | Udokumentowany proces monitorowania kompetencji całego personelu zaangażowanego w działalność auditową i inne działania certyfikacyjne |  |  |  |  |
| **7.2.10** | Udokumentowany proces monitorowania auditorów  i ekspertów, obejmujące obserwacje na miejscu, przegląd raportów, informacje zwrotne od klientów |  |  |  |  |
| **7.2.11** | Okresowa ocena każdego auditora na miejscu |  |  |  |  |
| **7.3** | **Korzystanie z indywidualnych auditorów zewnętrznych i zewnętrznych ekspertów technicznych**  Zawarcie pisemnych porozumień |  |  |  |  |
| **7.4** | **Zapisy dotyczące personelu** |  |  |  |  |
| **7.5** | **Podzlecanie** |  |  |  |  |
| **7.5.1** | Umocowane prawnie umowy z podwykonawcami |  |  |  |  |
| **7.5.2** | Niepodzlecanie decyzji certyfikacyjnych |  |  |  |  |
| **7.5.3** | Odpowiedzialność jednostki za podzlecone działania |  |  |  |  |
| **7.5.4** | Proces zatwierdzania i monitorowania podwykonawców |  |  |  |  |
| **8** | **Wymagania dotyczące informacji** |  |  |  |  |
| **8.1** | **Informacje publiczne** |  |  |  |  |
| **8.1.1** | Udostępnianie opisu procedur auditowania i certyfikacji, stosowania znaku certyfikacji, procesu postępowania ze skargami i odwołaniami, polityki bezstronności |  |  |  |  |
| **8.1.2** | Dostarczanie informacji na żądanie |  |  |  |  |
| **8.1.3** | Rzetelność informacji |  |  |  |  |
| **8.2** | **Dokumenty certyfikacyjne**  art. 25 ust. 9 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **8.3** | **Powoływanie się na certyfikację i stosowanie znaków** |  |  |  |  |
| **8.3.1** | Zasady zarządzania znakiem certyfikacji systemu zarządzania |  |  |  |  |
| **8.3.2** | Niedopuszczanie do stosowania znaków jednostki na laboratoryjnych sprawozdaniach z badań lub inspekcji, świadectwach wzorcowania |  |  |  |  |
| **8.3.3** | Zasady zarządzania stosowaniem oświadczeń na opakowaniach o certyfikowanym systemie zarządzania |  |  |  |  |
| **8.3.4** | Umocowane prawnie porozumienie z certyfikowanym klientem |  |  |  |  |
| **8.3.5** | Nadzór nad prawami własności |  |  |  |  |
| **8.4** | **Poufność** |  |  |  |  |
| **8.4.1** | Odpowiedzialność za zarządzanie informacjami uzyskiwanymi lub tworzonymi podczas realizacji działalności certyfikacyjnej |  |  |  |  |
| **8.4.2** | Informowanie klienta o informacjach rozpowszechnianych publicznie |  |  |  |  |
| **8.4.3** | Zasady ujawniania informacji o konkretnym kliencie lub osobie |  |  |  |  |
| **8.4.4** | Powiadamianie klienta o ujawnionej informacji |  |  |  |  |
| **8.4.5** | Poufność informacji o kliencie pochodzących z innych źródeł |  |  |  |  |
| **8.4.6** | Zachowanie poufności przez cały personel |  |  |  |  |
| **8.4.7** | Wyposażenie i obiekty zapewniające poufność |  |  |  |  |
| **8.5** | **Wymiana informacji pomiędzy jednostką certyfikującą a jej klientami** |  |  |  |  |
| **8.5.1** | **Informacje dotyczące działalności certyfikacyjnej i wymagań** |  |  |  |  |
| **8.5.2** | **Powiadamianie klientów o zmianach przez jednostkę certyfikującą** |  |  |  |  |
| **8.5.3** | **Powiadamianie o zmianach przez klienta** |  |  |  |  |
| **9** | **Wymagania dotyczące procesu** |  |  |  |  |
| **9.1** | **Działania przed certyfikacją** |  |  |  |  |
| **9.1.1** | **Wniosek** |  |  |  |  |
| **9.1.2** | **Przegląd wniosku**  Art. 25 ust. 5 i art. 23 ust. 6 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **9.1.2.1** | Cele przeglądu wniosku |  |  |  |  |
| **9.1.2.2** | Wyniki przeglądu wniosku |  |  |  |  |
| **9.1.2.3** | Określenie kompetencji przy powoływaniu zespołu auditującego i podejmowaniu decyzji o certyfikacji |  |  |  |  |
| **9.1.3** | **Program auditów**  Art. 19 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **9.1.3.1** | Cel programu auditów |  |  |  |  |
| **9.1.3.2** | Trzyletni cykl certyfikacji |  |  |  |  |
| **9.1.3.3** | Coroczny audit nadzoru |  |  |  |  |
| **9.1.3.4** | Warunki do uwzględnienia certyfikacji już udzielonej klientowi |  |  |  |  |
| **9.1.3.5** | Praca w systemie zmianowym a program i plan auditów |  |  |  |  |
| **9.1.4** | **Ustalanie czasu auditu** |  |  |  |  |
| **9.1.4.1-9.1.4.4** | Udokumentowane procedury ustalania czasu auditu |  |  |  |  |
| **9.1.5** | **Wybór oddziałów**  Art. 25 ust. 2 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **9.1.6** | **Systemy zarządzania według wielu norm** |  |  |  |  |
| **9.2** | **Planowanie auditów** |  |  |  |  |
| **9.2.1** | **Określenie celów, zakresu i kryteriów auditu** |  |  |  |  |
| **9.2.1.1** | Ustalanie zakresu i kryteriów auditu |  |  |  |  |
| **9.2.1.2** | Cele auditu |  |  |  |  |
| **9.2.1.3** | Zakres auditu |  |  |  |  |
| **9.2.1.4** | Kryteria auditu |  |  |  |  |
| **9.2.2** | **Wybór i powołanie zespołu auditującego** |  |  |  |  |
| **9.2.2.1** | **Postanowienia ogóle** |  |  |  |  |
| **9.2.2.1.1-9.2.2.1.5** | Proces wybierania i powoływania zespołu auditującego (auditora wiodącego, auditorów, ekspertów technicznych, auditorów szkolących się) |  |  |  |  |
| **9.2.2.2** | **Obserwatorzy, eksperci techniczni i przewodnicy** |  |  |  |  |
| **9.2.2.2.1-**  **9.2.2.2.3** | **Uczestnictwo w audicie obserwatorów, ekspertów technicznych i przewodników** |  |  |  |  |
| **9.2.3** | **Plan auditu** |  |  |  |  |
| **9.2.3.1-9.2.3.2** | **Przygotowanie planu dla każdego auditu** |  |  |  |  |
| **9.2.3.3** | **Komunikowanie zadań zespołowi auditującemu** |  |  |  |  |
| **9.2.3.4** | **Komunikowanie planu auditu** |  |  |  |  |
| **9.2.3.5** | **Komunikowanie dotyczące członków zespołu auditującego** |  |  |  |  |
| **9.3** | **Certyfikacja początkowa** |  |  |  |  |
| **9.3.1** | **Audit początkowej certyfikacji**  Art.18 ust. 5 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **9.3.1.1** | Audit początkowej certyfikacji przeprowadzany w dwóch etapach |  |  |  |  |
| **9.3.1.2** | **Pierwszy etap** |  |  |  |  |
| **9.3.1.2.1** | Poinformowanie klienta o działaniach podczas pierwszego etapu |  |  |  |  |
| **9.3.1.2.2** | Cele pierwszego etapu auditu |  |  |  |  |
| **9.3.1.2.3** | Wnioski dotyczące wykonania celów pierwszego etapu |  |  |  |  |
| **9.3.1.2.4** | Określenie odstępu pomiędzy pierwszym a drugim etapem |  |  |  |  |
| **9.3.1.3** | **Drugi etap** |  |  |  |  |
| **9.3.1.4** | **Wnioski z auditu początkowej certyfikacji** |  |  |  |  |
| **9.4** | **Przeprowadzanie auditów** |  |  |  |  |
| **9.4.1** | **Proces prowadzenia auditów na miejscu**  Art. 25 ust. 4, art. 26 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **9.4.2** | **Przeprowadzenie spotkania otwierającego** |  |  |  |  |
| **9.4.3** | **Komunikowanie się podczas auditu** |  |  |  |  |
| **9.4.3.1** | Okresowa ocena postępu auditu i wymiana informacji |  |  |  |  |
| **9.4.3.2** | Działania w sytuacji gdy cele auditu są niemożliwe do osiągnięcia |  |  |  |  |
| **9.4.3.3** | Przegląd każdej potrzebnej zmiany zakresu auditu |  |  |  |  |
| **9.4.4** | **Uzyskiwanie i weryfikowanie informacji** |  |  |  |  |
| **9.4.4.1** | Odpowiednie pobieranie próbek i weryfikowanie |  |  |  |  |
| **9.4.4.2** | Metody uzyskiwania informacji |  |  |  |  |
| **9.4.5** | **Identyfikowanie i zapisywanie ustaleń z auditu** |  |  |  |  |
| **9.4.5.1** | Ustalenia z auditu podsumowujące zgodność  i niezgodności |  |  |  |  |
| **9.4.5.2** | Zidentyfikowanie i zapisanie możliwości doskonalenia |  |  |  |  |
| **9.4.5.3** | Jasne sformułowanie niezgodności z identyfikacją obiektywnego dowodu |  |  |  |  |
| **9.4.5.4** | Rozwiązanie wszelkich różnic opinii pomiędzy zespołem auditującym a klientem |  |  |  |  |
| **9.4.6** | **Przygotowanie wniosków z auditu** |  |  |  |  |
| **9.4.7** | **Przeprowadzenie spotkania zamykającego** |  |  |  |  |
| **9.4.7.1** | Formalne spotkanie zamykające |  |  |  |  |
| **9.4.7.2** | Elementy spotkania zamykającego |  |  |  |  |
| **9.4.7.3** | Rozbieżne opinie dotyczące ustaleń i wniosków z auditu przedyskutowane z klientem |  |  |  |  |
| **9.4.8** | **Raport z auditu** |  |  |  |  |
| **9.4.8.1** | Pisemny raport z każdego auditu |  |  |  |  |
| **9.4.8.2-9.4.8.3** | Zawartość raportu z auditu  Art. 25 ust 6 i 7 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **9.4.9** | **Analiza przyczyn niezgodności** |  |  |  |  |
| **9.4.10** | **Skuteczność korekcji i działań korygujących** |  |  |  |  |
| **9.5** | **Decyzja dotycząca certyfikacji** |  |  |  |  |
| **9.5.1** | **Postanowienia ogólne** |  |  |  |  |
| **9.5.1.1** | Podejmowanie decyzji przez osoby inne niż te, które prowadziły audit |  |  |  |  |
| **9.5.1.2-9.5.1.3** | Wymagania dot. osób wyznaczonych do podejmowania decyzji certyfikacyjnych |  |  |  |  |
| **9.5.1.4** | Zapisanie każdej decyzji dotyczącej certyfikacji |  |  |  |  |
| **9.5.2** | **Działania przed podjęciem decyzji** |  |  |  |  |
| **9.5.2.1** | **Postanowienia ogólne** |  |  |  |  |
| **9.5.3** | **Informacje dotyczące udzielenia certyfikacji początkowej** |  |  |  |  |
| **9.5.3.1** | Zawartość informacji dostarczanych przez zespół auditujący |  |  |  |  |
| **9.5.3.2** | Działania w przypadku niemożliwości zweryfikowania wdrożenia korekcji i działań korygujących |  |  |  |  |
| **9.5.3.3** | Proces przeniesienia certyfikacji |  |  |  |  |
| **9.5.4** | **Informacje do udzielenia ponownej certyfikacji** |  |  |  |  |
| **9.6** | **Utrzymywanie certyfikacji** |  |  |  |  |
| **9.6.1** | **Podstawa utrzymywania certyfikacji** |  |  |  |  |
| **9.6.2** | **Działania w nadzorze** |  |  |  |  |
| **9.6.2.1** | **Postanowienia ogólne** |  |  |  |  |
| **9.6.2.1.1** | Regularne monitorowanie reprezentatywnych obszarów  i funkcji |  |  |  |  |
| **9.6.2.1.2** | Obowiązkowe i możliwe działania w nadzorze |  |  |  |  |
| **9.6.2.2** | **Audit nadzoru**  Art.18 ust. 7 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **9.6.3** | **Ponowna certyfikacja**  Art.18 ust. 6 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **9.6.3.1** | **Planowanie auditu ponownej certyfikacji** |  |  |  |  |
| **9.6.3.1.1** | Cele auditu ponownej certyfikacji |  |  |  |  |
| **9.6.3.1.2** | Zakres działań przy ponownej certyfikacji |  |  |  |  |
| **9.6.3.1.3** | Okoliczności mogące wymagać przeprowadzenia pierwszego etapu auditu |  |  |  |  |
| **9.6.3.2** | **Audit ponownej certyfikacji** |  |  |  |  |
| **9.6.3.2.1** | Cele auditu ponownej certyfikacji |  |  |  |  |
| **9.6.3.2.2** | Dla każdej dużej niezgodności określone granice czasowe dla korekcji i działań korygujących |  |  |  |  |
| **9.6.3.2.3** | Data ważności nowej certyfikacji w przypadku pozytywnego zakończenia działań przed upływem daty ważności aktualnej certyfikacji |  |  |  |  |
| **9.6.3.2.4** | Nieprzedłużenie certyfikacji w przypadku gdy jednostka nie zakończy auditu ponownej certyfikacji przed upływem ważności aktualnej certyfikacji |  |  |  |  |
| **9.6.3.2.5** | Możliwość wznowienia certyfikacji |  |  |  |  |
| **9.6.4** | **Audity specjalne** |  |  |  |  |
| **9.6.4.1** | **Rozszerzanie zakresu** |  |  |  |  |
| **9.6.4.2** | **Audity z krótkim terminem powiadamiania** |  |  |  |  |
| **9.6.5** | **Zawieszanie, cofanie lub ograniczanie zakresu certyfikacji** |  |  |  |  |
| **9.6.5.1** | Polityka i udokumentowane procedury zawieszania, cofania lub ograniczania zakresu certyfikacji |  |  |  |  |
| **9.6.5.2** | Przypadki skutkujące zawieszeniem certyfikacji |  |  |  |  |
| **9.6.5.3** | Certyfikacja czasowo nieważna |  |  |  |  |
| **9.6.5.4** | Warunki wznowienia certyfikacji |  |  |  |  |
| **9.6.5.5** | Ograniczenie zakresu certyfikacji |  |  |  |  |
| **9.7** | **Odwołania** |  |  |  |  |
| **9.7.1** | Udokumentowany proces przyjmowania, oceny  i podejmowania decyzji w sprawie odwołań |  |  |  |  |
| **9.7.2** | Bezstronność procesu postępowania z odwołaniami |  |  |  |  |
| **9.7.3** | Brak działań dyskryminujących przeciwko składającemu odwołanie |  |  |  |  |
| **9.7.4** | Elementy i metody procesu postępowania z odwołaniami |  |  |  |  |
| **9.7.5** | Zbieranie i weryfikowanie wszystkich informacji niezbędnych do walidacji odwołań |  |  |  |  |
| **9.7.6** | Potwierdzenie przyjęcia odwołania |  |  |  |  |
| **9.7.7** | Decyzja w sprawie odwołania podjęta przez osobę niezaangażowaną w sprawę będącą przedmiotem odwołania |  |  |  |  |
| **9.7.8** | Formalne powiadomienie o zakończeniu rozpatrywania odwołania |  |  |  |  |
| **9.8** | **Skargi** |  |  |  |  |
| **9.8.1** | Odpowiedzialność za decyzje podejmowane w sprawie skarg |  |  |  |  |
| **9.8.2** | Brak działań dyskryminujących przeciwko składającemu skargę |  |  |  |  |
| **9.8.3** | Potwierdzenie czy skarga dotyczy działalności certyfikacyjnej |  |  |  |  |
| **9.8.4** | Uzasadnione skargi dotyczące certyfikowanego klienta |  |  |  |  |
| **9.8.5** | Udokumentowany proces przyjmowania, oceny  i podejmowania decyzji w sprawie skarg |  |  |  |  |
| **9.8.6** | Elementy i metody procesu postępowania ze skargami |  |  |  |  |
| **9.8.7** | Zbieranie i weryfikowanie wszystkich informacji niezbędnych do walidacji skargi |  |  |  |  |
| **9.8.8** | Potwierdzenie przyjęcia skargi |  |  |  |  |
| **9.8.9** | Decyzja w sprawie skargi podjęta przez osobę niezaangażowaną w sprawę będącą przedmiotem skargi |  |  |  |  |
| **9.8.10** | Formalne powiadomienie o zakończeniu rozpatrywania skargi |  |  |  |  |
| **9.8.11** | Rozstrzygnięcie, w jakim stopniu przedmiot skargi i jej rozwiązanie powinny być podane do publicznej wiadomości |  |  |  |  |
| **9.9** | **Zapisy dotyczące klientów** |  |  |  |  |
| **9.9.1** | Utrzymywanie zapisów dotyczących auditów i innych działań |  |  |  |  |
| **9.9.2** | Zawartość zapisów dotyczących certyfikowanych klientów |  |  |  |  |
| **9.9.3** | Przechowywanie zapisów w sposób zapewniający zachowanie poufności |  |  |  |  |
| **9.9.4** | Udokumentowana polityka i procedury dotyczące zachowania zapisów |  |  |  |  |
| **10** | **Wymagania dotyczące systemu zarządzania jednostek certyfikujących** |  |  |  |  |
| **10.1** | **Opcje** |  |  |  |  |
| **10.2** | **Opcja A: Ogóle wymagania dotyczące systemu zarządzania**  Art.20 ust 6, art. 23 ust 2, 3, art. 24 ust 1 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **10.2.1** | **Postanowienia ogólne** |  |  |  |  |
| **10.2.2** | **Księga systemu zarządzania** |  |  |  |  |
| **10.2.3** | **Nadzór nad dokumentami** |  |  |  |  |
| **10.2.4** | **Nadzór nad zapisami** |  |  |  |  |
| **10.2.5** | **Przegląd zarządzania** |  |  |  |  |
| **10.2.5.1** | **Ustanowiona procedura przeprowadzania przeglądu systemu zarządzania co najmniej raz w roku** |  |  |  |  |
| **10.2.5.2** | **Dane wejściowe do przeglądu zarządzania** |  |  |  |  |
| **10.2.5.3** | **Dane wyjściowe z przeglądu zarządzania** |  |  |  |  |
| **10.2.6** | **Audity wewnętrzne** |  |  |  |  |
| **10.2.6.1** | Procedury auditów wewnętrznych |  |  |  |  |
| **10.2.6.2** | Program auditów |  |  |  |  |
| **10.2.6.3** | Częstotliwość auditów wewnętrznych |  |  |  |  |
| **10.2.6.4** | Zasoby i skuteczność auditów wewnętrznych |  |  |  |  |
| **10.2.7** | **Działania korygujące** |  |  |  |  |
| **10.3** | **Opcja B: Wymagania dotyczące systemu zarządzania wg ISO 9001**  Art.20 ust 6, art. 23 ust 2, 3, art. 24 ust 1 rozporządzenia EMAS |  |  |  |  |
| **10.3.1** | **Postanowienia ogólne** |  |  |  |  |
| **10.3.2** | **Zakres** |  |  |  |  |
| **10.3.3** | **Orientacja na klienta** |  |  |  |  |
| **10.3.4** | **Przegląd zarządzania** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Wnioski z przeglądu dokumentacji:**  ***Wersja A*** *(brak niezgodności i spostrzeżeń / sformułowano spostrzeżenia i uwagi)*  Dokumentacja systemu zarzadzania jednostki może stanowić podstawę do kontynuowania procesu akredytacji. System zarzadzania jednostki oceniającej zgodność opisany  w dokumentacji jest odpowiedni do wnioskowanego zakresu akredytacji i wymagań akredytacyjnych.  ***Wersja B*** *(sformułowano niezgodności, spostrzeżenia, uwagi. Niezgodności odnoszą się do prawidłowości / zakresu / kompletności dyspozycji systemu zarzadzania z wymaganiami normy akredytacyjnej. Stwierdzone niezgodności nie wskazują na brak odpowiedniości ustanowionego systemu zarzadzania w odniesieniu do wnioskowanego zakresu akredytacji i wymagań normy akredytacyjnej.*  Dokumentacja systemu zarzadzania jednostki może stanowić podstawę do kontynuowania procesu akredytacji. System zarzadzania jednostki oceniającej zgodność opisany w dokumentacji jest odpowiedni do wnioskowanego zakresu akredytacji i wymagań akredytacyjnych. W dokumentacji systemu zarzadzania stwierdzono niezgodności, *spostrzeżenia i uwagi*, które powinny być uwzględnione w ocenie na miejscu *i wizytacji wstępnej*.  ***Wersja C*** *(sformułowano niezgodności, spostrzeżenia i uwagi. Niezgodności wskazują nieprawidłowości dyspozycji oraz brak: kompletności ustaleń, wymaganych procedur, polityk i celów w odniesieniu do wymagań akredytacyjnych (np. nie odniesiono się w dokumentacji systemie zarzadzania do kluczowych wymagań dotyczących bezstronności, niezależności i kompetencji jednostki), opisany system zarzadzania jest nieodpowiedni do wnioskowanego zakresu akredytacji (np. przedmiot oceny zgodności realizowanej przez podmiot wnioskowany do akredytacji nie jest objęty zakresem normy akredytacyjnej zgodnie z wymaganiami której opisano system w dokumentacji, status prawny / organizacja jednostki nie spełnia wymagań akredytacyjnych, w tym wymagań przepisów prawa).*  Dokumentacja systemu zarzadzania jednostki nie może stanowić podstawy do kontynuowania procesu akredytacji. W dokumentacji systemu zarzadzania stwierdzono niezgodności wskazujące, że system jest nieodpowiedni do wnioskowanego zakresu akredytacji i wymagań akredytacyjnych. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data: |  | Nr rejestracyjny | YYYY-VE-RRRR | Data oceny: | dd.mm.rrrr |
| Imię i nazwisko weryfikatora środowiskowego EMAS**:** |  | Przegląd dokumentacji przeprowadzony przez: | AW – imię i nazwisko | Data: | dd.mm.rrrr |
| AT – imię i nazwisko | Data: | dd.mm.rrrr |
| Zatwierdzam[[2]](#footnote-2) : | imię i nazwisko | Data, podpis: | dd.mm.rrrr |

1. *W przypadku niezgodności lub spostrzeżeń podać symbol NC X/Y dla niezgodności, S X/Y – dla spostrzeżeń, gdzie X – kolejny numer niezgodności/spostrzeżenia i Y – liczba niezgodności i spostrzeżeń łącznie* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Tylko w przypadku, gdy wnioski wskazują na brak podstawy do kontynuowania procesu akredytacji* [↑](#footnote-ref-2)