**Anfrage zur Zertifizierung nach AZAV**

ggf. in Kombination mit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ISO 9001:2008 | ISO 9001:2015 | BQM-Standard |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firmenname:** |  | **Ansprechpartner:** |  |
| Adresse\*: |  | Position: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail: |  |
|  | | | |

\* bei mehr als einem Standort bitte kopieren und für jeden Standort einzeln verwenden (Zentrale des MS bitte kennzeichnen)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kurzbeschreibung der Tätigkeit am Standort/ Geltungsbereich der Zertifizierung:** | | |
|  | | |
| **AZAV-Fachbereiche am Standort:**  FB 1: Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung  FB 2: erfolgsbezogen vergütete Arbeitsvermittlung  FB 3: Maßnahmen zur Berufswahl und Berufsausbildung  FB 4: Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung  **Wirtschaftszweige**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | gewerblich/technisch | kaufmännisch-verwaltend | unternehmensbezogene DL | personenbezogene/soziale DL |   FB 5: Transferleistungen  FB 6: Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben | | |
| Gewünschter Geltungsbereich der Zulassung ist  das gesamte Bundesgebiet.  ein regional begrenztes Gebiet. | | |
|  | | |
| **Mitarbeiteranzahl gesamt (einschl. GF und externe Mitarbeiter)**  (im Geltungsbereich der Zertifizierung) | |  |
|  | | |
| **Zusätzliche Angaben ISO 9001** | | |
| Nicht zutreffende bzw. ausgeschlossene Normforderungen? (Entwicklung, etc.) | |  |
| ausgelagerte Prozesse (im Rahmen des Geltungsbereichs, gem. ISO 9001:2015, 8.4) | |  |
|  |  | |
| **Weitere Informationen** | | |
| Neben den aufgeführten Standorten sollen Maßnahmen auch an weiteren temporären Schulungsstätten durchgeführt werden. | | ja  nein |
| Es soll gleichzeitig die Zulassung für Maßnahmen beantragt werden. Dazu reichen Sie uns eine Übersicht über alle Maßnahmen ein, für die die Zulassung beantragt werden soll (mit Informationen zu Ort, Dauer, Abschluss und Kosten). | | ja  nein |
|  | |  |
| Welche anderen Zertifikate halten Sie bereits? (bitte Zertifikate in Kopie beifügen) | |  |
| Voraudit | | ja  nein  Wunschtermin: \_\_\_\_\_ |
| Bis wann benötigen Sie unser Angebot? | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wann soll die Zertifizierung erfolgen?  Bitte beachten Sie bei der Terminplanung, dass wir Ihre Managementdokumentation spätestens vier Wochen vor der Vor-Ort-Prüfung erhalten. | | |  |
| Haben Sie Beratungsdienstleistungen in Anspruch genommen?  Falls ja durch wen? Bitte Kontaktdaten angeben, wenn Einbindung in Kommunikation gewünscht | | | ja  nein |
| Firmenname Beratungsunternehmen | | Ansprechpartner (Kontaktdaten) |  |
|  | |  |  |
|  | | | |
| Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? | Empfehlung  Veranstaltungen  Newsletter  Internet / Google  Berater  sonstiges: | | |

|  |
| --- |
| **Ihre Mitteilungen und Fragen** |
|  |