



**Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut  
Technologiczny  
Centrum Spawalnictwa  
Departament Kwalifikowania i Certyfikowania**

**Program procesu certyfikacji  
Systemu Zarządzania Jakością  
zgodnego z wymaganiami  
PN-EN ISO 9001  
i PN-EN ISO 3834**

wydanie 10

<b>Zarządzający dokumentacją:</b> <i>mgr inż. Aleksandra Rachwał</i>	
<b>Zatwierdził: dr inż. Eugeniusz Szczok</b>	

**Gliwice, 29 styczeń 2024r.**

**Wydawca: Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny**

**Centrum Spawalnictwa**

**Departament Kwalifikowania i Certyfikowania**

44-100 Gliwice, ul. Bł. Czesława 16-18

Telefon: (032) 231-00-11

FAX: (032) 231-46-52

Powielanie i rozpowszechnianie bez zgody Departamentu Kwalifikowania i Certyfikowania  
jest zabronione

---

## 1. Wstęp

Program procesu certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością stosowany jest przez osoby biorące udział w procesie certyfikacji systemu zarządzania jakością na zgodność z normą PN-EN ISO 9001 Systemy zarządzania jakością. Wymagania, łącznie z:

- certyfikacją systemu zarządzania jakością w spawalnictwie spełniającą wymagania określone w normie:
  - a. PN-EN ISO 3834-2:2021-09 Wymagania jakości dotyczące spawania materiałów metalowych Część 2: Pełne wymagania jakości, lub
  - b. PN-EN ISO 3834-3:2021-09 Wymagania jakości dotyczące spawania materiałów metalowych Część 3: Standardowe wymagania jakości, lub
  - c. PN-EN ISO 3834-4:2021-09 Wymagania jakości dotyczące spawania materiałów metalowych Część 4: Podstawowe wymagania jakości, i/lub
- Certyfikacją spełnienia wymagań jakości w spawalnictwie wg systemu IIW/EFW EN ISO 3834 (część 2 lub 3 lub 4).

## 2. Etapy procesu certyfikacji systemu zarządzania jakością

Proces certyfikacji systemu zarządzania jakością przeprowadzany jest przez Sieć Badawczą Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny, Centrum Spawalnictwa, Departament Kwalifikowania i Certyfikowania zwany dalej Jednostką Certyfikującą, składa się z następujących etapów i czynności:

- a) wstępny kontakt z Klientem zainteresowanym certyfikacją systemu zarządzania jakością,
- b) przegląd wniosku o certyfikację i podjęcie decyzji o certyfikacji,
- c) zawarcie umowy na przeprowadzenie procesu certyfikacji,
- d) ocena dokumentacji pod względem formalnym (ocena kompletności),
- e) powołanie zespołu auditującego,
- f) audit początkowej certyfikacji – etap pierwszy, w tym ocena dokumentacji pod względem merytorycznym,
- g) audit początkowej certyfikacji – etap drugi,
- h) działania korygujące (jeżeli mają zastosowanie),
- i) ocena procesu certyfikującego,
- j) decyzja o przyznaniu lub odmowie przyznania certyfikatów,
- k) rozliczenie kosztów,
- l) wydanie certyfikatów,
- m) nadzór nad wydanymi certyfikatami

## 3. Opis postępowania procesu certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością

- 3.1. W przypadkach zwrócenia się Klienta zainteresowanego certyfikacją systemu zarządzania jakością do Jednostki Certyfikującej, należy wstępnie przeanalizować możliwości zrealizowania usługi.
- 3.2. Po stwierdzeniu, że usługa certyfikacyjna mieści się w zakresie akredytacji i może być wykonywana przez Jednostkę Certyfikującą, Koordynator ds. Certyfikowania Systemów Zarządzania Jakością, zwany dalej Koordynatorem lub osoba kompetentna wyznaczona przez Kierownika Działu SC przygotowuje ofertę, która zawiera podstawowe informacje o procesie certyfikacji, terminie realizacji usługi, opłatach itp.
- 3.3. Po wyrażeniu przez Organizację chęci przystąpienia do procesu oceny systemu zarządzania jakością Jednostka Certyfikująca przesyła lub przekazuje przedstawicielowi Organizacji następujące dokumenty i formularze:
  - Wniosek o certyfikację systemu zarządzania jakością (formularz FS-03),
  - Kwestionariusz wytwórcy dotyczący certyfikacji na zgodność z normami serii PN-EN ISO 3834 i/lub Systemem IIW/EFW EN ISO 3834 (formularz FSZ-01),
  - Kwestionariusz spełnienia wymagań Systemu IIW/EFW EN ISO 3834-2, -3, -4 (formularz FSZ-02 lub FSZ-03 lub FSZ-04).
  - „Program procesu certyfikacji systemu zarządzania jakością zgodnego z wymaganiami PN-EN ISO 9001 i PN-EN ISO 3834”.

**Program procesu certyfikacji Systemu Zarządzania  
Jakością zgodnego z wymaganiami  
PN-EN ISO 9001 i PN-EN ISO 3834  
Wydanie 10**

**Wersja strony: a  
Data wydania strony: 29.01.2024**

**Strona/Stron - 4/9**

- 3.4. Po dostarczeniu przez Organizację wypełnionego wniosku o certyfikację i kwestionariusza wytwórcy, wniosek jest rejestrowany. W ciągu 7 dni od dnia rejestracji dokonywany jest przegląd wniosku i kwestionariusza wytwórcy w celu rozwiązania wszelkich różnic w rozumieniu zagadnień pomiędzy Jednostką Certyfikującą a Organizacją, jak również sporządzeniu oceny ryzyka związanego z danym procesem. Wniosek, który jest niekompletny nie podlega rejestracji. Na podstawie wyniku analizy dotyczącej kompletności wniosku i związanego ryzyka podejmowana jest decyzja o przeprowadzeniu procesu certyfikacji.
- 3.5. Po przyjęciu wniosku, Jednostka Certyfikująca opracowuje i wysyła do Organizacji Umowę dotyczącą oceny i nadzorowania systemu zarządzania jakością (formularz FS-05).
- 3.6. Na podstawie przeglądu wniosku Jednostka Certyfikująca opracowuje program auditów obejmujący dwa etapy auditu certyfikującego, audyty w nadzorze i ponowną certyfikację. W programie ujęte są obszary certyfikacji, czas trwania auditów oraz próbkowanie w przypadku organizacji wieloodziałowych, jeśli jest to możliwe.
- 3.7. Wysokość opłat podanych w umowie ustala się na podstawie cennika opłat za czynności związane z certyfikacją.
- 3.8. Po spisaniu umowy, Organizacja przekazuje do Jednostki Certyfikującej dokumentację systemu zarządzania jakością oraz wypełniony Kwestionariusz spełnienia wymagań Systemu IIW/EFW ISO 3834-2, -3, -4 (formularz FSZ-02 lub FSZ-03 lub FSZ-04). Kompletność dokumentów w odniesieniu do wymagań ujętych w normie PN-EN ISO 9001 oraz w wybranej normie odniesienia z serii PN-EN ISO 3834 i/lub Systemu IIW/EFW EN ISO 3834 ocenia Koordynator, a wyniki oceny dokumentuje na formularzu: Ocena kompletności dokumentacji (formularz FSZ-05). Formalnej oceny dokumentacji przekazanej przez Organizację do Jednostki Certyfikującej dokonuje Koordynator, który sprawdza, czy dostarczona wraz z umową dokumentacja systemu zarządzania jakością jest kompletna i czy odnosi się do wszystkich wymagań norm odniesienia.
- 3.9. Ocenie poddawane są: wszystkie przekazane udokumentowane informacje oraz Kwestionariusz spełnienia wymagań Systemu IIW/EFW ISO 3834-2, -3, -4.
- 3.10. Opis systemu zarządzania jakością, powinien informować o wdrożeniu i funkcjonowaniu systemu zarządzania jakością według normy PN-EN ISO 9001 i serii norm PN-EN ISO 3834 i/lub Systemu IIW/EFW EN ISO 3834. Powinien także zawierać schemat organizacyjny przedstawiający strukturę nadzoru spawalniczego w organizacji. Powinien zawierać deklarację Polityki Jakości.
- 3.11. Udokumentowane informacje wymagane przez normę PN-EN ISO 9001.
- 3.12. Udokumentowane informacje zapewniające spełnienie pozostałych wymagań ustalonych w normie PN-EN ISO 9001. Powinny dotyczyć: zgodnie z deklarowanym zakresem działania i zidentyfikowanymi procesami, między innymi: zarządzanie zasobami ludzkimi i infrastrukturą, procesów związanych z realizacją wyrobu, tj: planowania realizacji wyrobu, procesu związanego z klientem, projektowania i rozwoju, zakupów, produkcji i dostarczania usługi, i nadzorowania wyposażenia do monitorowania i pomiarów, oraz procesu: pomiary, analiza i doskonalenie procesów i wyrobów, a także innych procesów, jeżeli jest to uzasadnione.
- 3.13. Komplet udokumentowanych informacji dotyczący normy PN-EN ISO 3834-2 i/lub Systemu IIW/EFW EN ISO 3834 część 2 lub PN-EN ISO 3834-3 i/lub Systemu IIW/EFW EN ISO 3834 część 3 stanowiący uzupełnienie dokumentacji systemu zarządzania jakością QMS wg PN-EN ISO 9001 powinien dotyczyć: przeglądu wymagań i przeglądu technicznego, podwykonawstwa, personelu spawalniczego, personelu kontroli i badania, sprzętu, spawania i działalności związanej, materiałów dodatkowych do spawania, magazynowania materiałów podstawowych, obróbki cieplnej po spawaniu, kontroli i badań, niezgodności i działań korygujących, wzorcowania i walidowania sprzętu do pomiaru, kontroli i badania, identyfikacji i identyfikowalności oraz zapisów jakości.

- 3.14. Pojedynczy dokument może odnosić się do wymagań dla jednej lub kilku udokumentowanych informacji oraz jednej lub dwóch norm odniesienia.
- 3.15. Ocenie formalnej poddawane są także odpowiedzi udzielone przez Organizację na Kwestionariuszu spełnienia wymagań Systemu IIW/EFW ISO 3834-2, -3, -4 (formularz FSZ-02 lub FSZ-03 lub FSZ-04) odpowiedniej części Systemu IIW/EFW EN ISO 3834, oraz inne dokumenty dostarczone w przypadkach, gdy Jednostka Certyfikująca uznał to za konieczne.
- 3.16. Po podpisaniu umowy, Kierownik Działu SC pełniący obowiązki Zarządzającego Systemem Jakości ANBCC powołuje zespół auditujący i osobę podejmującą decyzję certyfikacyjną, do przeprowadzenia auditu początkowej certyfikacji. Skład zespołu auditującego ustala się na podstawie wnioskowanego obszaru, zakresu certyfikacji oraz wnioskowanego stopnia integracji, biorąc pod uwagę optymalną wielkość zespołu i tzw. liczbę auditoro-dni. Auditorów technicznych i ekspertów technicznych wybiera się, przy uwzględnieniu ich kwalifikacji, wiedzy i doświadczenia w danej branży.
- 3.17. Dobór członków zespołów auditujących do konkretnych zadań certyfikacyjnych jest przeprowadzony w oparciu załącznik 2 do PS-01.
- 3.18. Auditorzy i eksperci techniczni powołani do zespołów auditujących, są zobowiązani podpisać oświadczenie o braku powiązań z certyfikowaną organizacją w okresie ostatnich 2 lat (formularz FSZ-06). Auditorzy i eksperci techniczni podlegają ocenie bezstronności zgodnie z procedurą PO-11.
- 3.19. Audit początkowej certyfikacji systemu zarządzania jakością prowadzony jest w dwóch etapach: w pierwszym etapie i w drugim etapie, przy czym przynajmniej część 1 etapu powinna odbyć się w obiektach organizacji.
- 3.20. Obliczanie czasu trwania auditu odbywa się w oparciu o procedurę PS-02. Zarządzanie auditami w organizacjach wieloodziałowych odbywa się w oparciu o procedurę PS-03.
- 3.21. Siedem dni przed planowanym terminem auditu Jednostka Certyfikująca jest zobowiązana przedstawić Organizacji plan auditu zawierający termin auditu, skład zespołu auditującego oraz program auditu. Jednostka Certyfikująca informuje również o czasie trwania auditu, który jest uzależniony od ilości zatrudnionego personelu, ryzyka wytwarzanego wyrobu lub usługi oraz innych czynników. Informuje również o uzasadnieniu przedłużenia lub skrócenia czasu auditu. Organizacja ma prawo zakwestionować proponowanych członków zespołu auditującego (w tym ekspertów, obserwatorów i osoby szkolone), jeżeli uzna, że może to zagrozić jej interesom w odniesieniu do prawa własności i ochrony informacji. W przypadku braku zgody na proponowany termin lub skład zespołu auditującego, Organizacja jest zobowiązana pisemnie uzasadnić swoją decyzję.
- 3.22. Pierwszy etap auditu początkowej certyfikacji, którego przynajmniej część odbywa się w obiektach Organizacji, przeprowadzany jest w celu auditowania dokumentacji systemu zarządzania jakością (ocena merytoryczna dokumentacji), oceny lokalizacji Organizacji i specyficznych dla lokalizacji warunków oraz przeprowadzenia rozmów z personelem w celu określenia gotowości do drugiego etapu auditu.
- 3.23. Ustalenia z pierwszego etapu auditu są dokumentowane w „Raporcie z pierwszego etapu auditu”. Auditor wiodący jest zobowiązany w terminie do 14 dni dostarczyć Raport z pierwszego etapu auditu do Jednostki Certyfikującej. Kopia raportu jest przekazywana do Organizacji.
- 3.24. Raport z pierwszego etapu auditu, zawiera identyfikację wszystkich obszarów, będących przedmiotem zainteresowania, które mogłyby być zaklasyfikowane jako niezgodności podczas drugiego etapu auditu. Przy ustalaniu daty drugiego etapu auditu uwzględniany jest charakter działań korygujących związanych z zidentyfikowanymi niezgodnościami.
- 3.25. Drugi etap auditu, który odbywa się w obiektach Organizacji, obejmuje:
  - a) informacje i dowody zgodności ze wszystkimi wymaganiami stosownej normy dotyczącej systemu zarządzania jakością,
  - b) monitorowanie, pomiary, raportowanie i przeglądanie osiągnięć w odniesieniu do kluczowych celów i zadań (zgodnych z oczekiwaniami w stosownej normie dotyczącej systemu zarządzania jakością),

**Program procesu certyfikacji Systemu Zarządzania  
Jakością zgodnego z wymaganiami  
PN-EN ISO 9001 i PN-EN ISO 3834  
Wydanie 10**

**Wersja strony: a  
Data wydania strony: 29.01.2024**

**Strona/Stron - 6/9**

- c) system zarządzania jakością organizacji i sposób jego działania pod względem zgodności z prawem,
  - d) kontrolę operacyjną procesów organizacji,
  - e) audyty wewnętrzne i przeglądy zarządzania,
  - f) odpowiedzialność kierownictwa za politykę organizacji, powiązania pomiędzy wymaganiami normatywnymi, polityką, celami i zadaniami dotyczącymi osiągnięć (spójnymi z oczekiwaniami w stosownej normie dotyczącej systemu zarządzania jakością), wszystkimi mającymi zastosowanie wymaganiami prawnymi, odpowiedzialnością, kompetencjami personelu, działaniami, procedurami, danymi dotyczącymi osiągnięć oraz ustaleniami i wnioskami z auditów wewnętrznych.
- 3.26. Zakres badań auditowych wynika z norm i dokumentów zawierających kryteria certyfikacji i wnioskowany zakres certyfikacji.
- 3.27. Po przeprowadzeniu drugiego auditu zostają sporządzone przez audytora wiodącego „Raport z auditu” i „Raport z oceny”, zawierający ocenę odnośnie stopnia zgodności systemu zarządzania jakością z normą odniesienia i dokumentami związanymi wraz ze spostrzeżeniami i komentarzami do niezgodności, oraz ocenę zdolności systemu do osiągnięcia wyznaczonych celów jakościowych a także wniosek o udzielenie, bądź o nie udzielenie certyfikacji. Karty niezgodności stanowią integralną część raportu.
- 3.28. Organizacja ma obowiązek zainicjować i przeprowadzić działania poauditowe: korygujące niezbędne do wyeliminowania niezgodności i/lub ich przyczyn. Działania korygujące powinny się zakończyć w terminie ustalonym przez organizację i uzgodnionym z audytorem wiodącym. Zaleca się, aby termin ten nie przekraczał 3 miesięcy od daty zakończenia auditu. W szczególnych przypadkach okres ten może być wydłużony stosownie do decyzji Kierownika Działu SC.
- 3.29. Raport z auditu i Raport z oceny auditor wiodący przekazuje do Jednostki Certyfikującej. Jednostka Certyfikująca jest zobowiązany w terminie do 1 miesiąca dostarczyć do Organizacji kopię Raportu z auditu.
- 3.30. W oparciu o Raport z pierwszego i drugiego etapu auditu, dokumentację certyfikacyjną osoba powołana podejmuje decyzję o wydaniu certyfikatów systemu zarządzania jakością, wraz z określeniem zakresu certyfikacji lub o odmowie jego wydania. Uprawnienia tego nie można przekazywać osobie lub jednostce zewnętrznej.
- 3.31. Po wydaniu decyzji o certyfikacji lub o odmowie certyfikacji, Jednostka Certyfikująca dokonuje rozliczenia kosztów procesu certyfikacyjnego. Organizacja po otrzymaniu faktury zobowiązana jest do przekazania stosownej opłaty. W przypadku przerwania procesu certyfikacyjnego Organizacja zostaje obciążona rzeczywiście poniesionymi kosztami.
- 3.32. Jednostka Certyfikująca wydaje Organizacji oryginał certyfikatów i ich kopię; druga kopia certyfikatów pozostaje w Jednostce Certyfikującej. W przypadku wystąpienia Organizacji o certyfikaty w obcych wersjach językowych, stosowną decyzję podejmuje Kierownik Działu SC. Przekazanie certyfikatów może odbywać się sposobem ustalonym z Organizacją: przesyłką poleconą lub bezpośrednio. Certyfikaty wydaje się na okres 3 lat. Data wydania na certyfikatach nie powinna być wcześniejsza od daty podjęcia decyzji o certyfikacji.
- 4. Nadzór nad systemem zarządzania jakością Organizacji**
- 4.1. W okresie ważności certyfikatu Jednostka Certyfikująca sprawuje nadzór nad systemem zarządzania jakością w celu upewnienia się, czy spełnia on w dalszym ciągu wymagania stawiane przy certyfikacji oraz wynikające z zawartej umowy, poprzez audyty w nadzorze planowane i audyty specjalne.
- 4.2. Audyty w nadzorze są przeprowadzane, co najmniej raz w roku. Data pierwszego auditu w nadzorze po certyfikacji nie powinna być dłuższa niż 12 miesięcy od podjęcia decyzji certyfikacyjnej.
- 4.3. Jednostka Certyfikująca utrzymuje certyfikację na podstawie wykazania, że Organizacja stale spełnia wymagania normy dotyczącej systemu zarządzania jakością, w oparciu o pozytywny wniosek audytora wiodącego.

- 4.4. Organizacja jest zobowiązana poinformować Jednostkę Certyfikującą bez zwłoki, o zmianach, które mogą wpływać na zdolność systemu zarządzania jakością do dalszego spełniania wymagań normy stanowiącej podstawę certyfikacji. Zmiany te mogą dotyczyć:
- a) statusu prawnego, handlowego, organizacyjnego lub własnościowego,
  - b) struktury organizacyjnej i zarządzania (np. kluczowego personelu zarządzającego, personelu podejmującego decyzje lub technicznego),
  - c) adresu do kontaktów i miejsc prowadzenia działalności,
  - d) zakresu działania objętego certyfikowanym systemem zarządzania, oraz
  - e) głównych zmian w systemie zarządzania i procesach.
- 4.5. Audyty specjalne (audyty z krótkim terminem powiadamiania) przeprowadza się w celu zbadania skarg na działalność certyfikowanej Organizacji wpływających do Jednostki Certyfikującej, zmian organizacyjnych, lub w ramach dalszego postępowania z Organizacjami zawieszonymi.
- 4.6. Plan auditu specjalnego jest przesyłany do certyfikowanej Organizacji nie później niż na 5 dni przed jego planowanym rozpoczęciem, z informacją, że wyrażenie sprzeciwu wobec terminu, zakresu lub składu zespołu auditującego bez merytorycznego uzasadnienia może spowodować zawieszenie certyfikacji.
- 4.7. Czas trwania auditu specjalnego dostosowany jest do celu i zakresu auditu. Jednostka Certyfikująca zachowuje dodatkową ostrożność przy powoływaniu auditorów do auditu specjalnego.
- 4.8. Szczegóły prowadzenia nadzoru nad systemem zarządzania jakością Organizacji określone są w umowie między Organizacją a Jednostką Certyfikującą, ustalającą między innymi prawa i obowiązki stron po wydaniu certyfikatu i znaku certyfikacji, a także zawierającej inne ustalenia konieczne do sprawowania nadzoru przez Jednostkę Certyfikującą.
- 4.9. W przypadku wprowadzonych zmian w systemie certyfikacji, Jednostka Certyfikująca ma obowiązek poinformowania o zmianach w celu dostosowania się Organizacji do nowych wymagań. Termin tego dostosowania jest uzgadniany pomiędzy stronami umowy. Jednostka Certyfikująca ocenia wprowadzenie przez Organizację nowych wymagań przy najbliższym audicie w nadzorze lub audicie odnawiającym.

## **5. Utrzymanie certyfikacji**

Jeśli podczas auditów w nadzorze nie stwierdzono niezgodności lub w wymaganym terminie niezgodności zostały usunięte, decyzję o utrzymaniu certyfikacji podejmuje osoba powołana przez Kierownika Działu SC pełniącego obowiązki Zarządzającego Systemem Jakości ANBCC, na wniosek auditora wiodącego.

## **6. Zawieszenie i wznowienie certyfikacji**

- 6.1. Zawieszenie certyfikacji może nastąpić w wyniku:
- a) nie usunięcia w terminie stwierdzonych podczas auditu w nadzorze (planowanego lub specjalnego) dużych niezgodności wskazujących, że certyfikowany system zarządzania jakością organizacji stale lub w poważnym stopniu nie spełnia wymagań certyfikacyjnych, w tym wymagań dotyczących skuteczności systemu zarządzania,
  - b) uchybień w wywiązywaniu się organizacji z zobowiązań określonych w umowie, w tym braku zgody na przeprowadzenie auditów w nadzorze lub auditów specjalnych,
  - c) dobrowolnego zgłoszenia przez organizację czasowej rezygnacji z certyfikatu.
- 6.2. Jednostka Certyfikująca przekazuje organizacji decyzję o zawieszeniu ważności certyfikatu w formie pisemnej, w której podaje się:
- a) przyczynę zawieszenia ważności certyfikatu,
  - b) okres zawieszenia ważności certyfikatu,
  - c) warunki wznowienia ważności certyfikatu,
- Pisemną decyzję o zawieszeniu ważności certyfikatu Jednostka Certyfikująca przekazuje niezwłocznie, prosząc o zwrot certyfikatu.
- 6.3. Czas (okres) zawieszenia certyfikacji nie powinien przekraczać 6 m-cy. W okresie zawieszenia ważności certyfikacji Jednostka Certyfikująca podaje w wykazach.

certyfikowanych organizacji, dostępnych w internecie na stronie Jednostki Certyfikującej, stan zawieszenia certyfikacji. W konsekwencji organizacja zobowiązana jest do poinformowania swoich klientów o zawieszeniu ważności certyfikacji.

- 6.4. Jednostka Certyfikująca może zawiesić certyfikację jednego oddziału organizacji wielooddziałowej a także na jeden system zarządzania jakością w przypadku udzielenia certyfikacji dla zintegrowanego systemu zarządzania.
- 6.5. Wznowienie ważności certyfikatu może nastąpić w przypadku przekazania przez organizację informacji o spełnieniu warunków określonych w decyzji o zawieszeniu.
- 6.6. Podstawą wznowienia ważności certyfikatu jest decyzja wydana w oparciu o pozytywny wynik auditu w organizacji. Decyzja o wznowieniu ważności certyfikacji jest przekazywana organizacji pisemnie. Wznowienie ważności certyfikacji nie powoduje zmiany identyfikacji posiadanego certyfikatu.

## **7. Cofnięcie certyfikacji**

- 7.1. Cofnięcie certyfikacji może nastąpić w wyniku:
  - a) świadomego naruszenia przez certyfikowaną Organizację praw klienta organizacji lub nadużycia jego zaufania,
  - b) niewłaściwego użycia certyfikatu,
  - c) uniemożliwienia przeprowadzenia auditu w nadzorze w Organizacji,
  - d) niespełnienia w ustalonym terminie warunków postawionych przy zawieszeniu ważności certyfikacji,
  - e) zaprzestania działalności objętej zakresem certyfikacji.
- 7.2. W decyzji o cofnięciu certyfikacji, przekazanej niezwłocznie w formie pisma, podaje się:
  - a) uzasadnienie decyzji,
  - b) informację dotyczącą możliwości i warunków ponownego ubiegania się o certyfikację.
- 7.3. W konsekwencji cofnięcia certyfikacji organizacja jest zobowiązana:
  - a) zwrócić certyfikat do Jednostki Certyfikującej,
  - b) wycofać z użycia wszystkie kopie certyfikatu,
  - c) usunąć z całej dokumentacji systemu zarządzania jakością i wydawanych materiałów powoływanie się na certyfikację,
  - d) poinformować swoich klientów o cofnięciu certyfikacji.
- 7.4. Po podjęciu decyzji o cofnięciu certyfikacji, Jednostka Certyfikująca wykreśla organizację z wykazu certyfikowanych Organizacji. Organizacja może ubiegać się ponownie o certyfikację po upływie co najmniej 1 roku od daty cofnięcia, składając nowy wniosek. Tryb postępowania jest taki jak przy pierwszym wniosku o certyfikację.

## **8. Ograniczenie zakresu certyfikacji**

Bezterminowe i czasowe ograniczenie zakresu certyfikacji może nastąpić:

- a) w wyniku auditu w nadzorze, w celu wykluczenia tych elementów, w których Organizacja stale lub w poważnym stopniu nie spełnia wymagań certyfikacyjnych, lub jeżeli stwierdzono brak możliwości prowadzenia działalności w pełnym zakresie udzielonej certyfikacji,
- b) na wniosek Organizacji, bez wykonywania auditu, np. z przyczyn losowych, modernizacji wyposażenia, zmiany lokalizacji itp. Decyzja jest poprzedzona analizą stosownej dokumentacji w celu stwierdzenia, czy wnioskowane ograniczenie zakresu certyfikacji nie wpłynie negatywnie na kompetencje Organizacji w odniesieniu do pozostałej części zakresu certyfikacji.

## **9. Rozszerzenie zakresu certyfikacji**

Rozszerzenie zakresu certyfikacji może nastąpić na wniosek Organizacji w ciągu całego okresu ważności certyfikacji. W przypadku wystąpienia Organizacji o rozszerzenie zakresu certyfikacji o obszary, działania lub elementy systemu zarządzania jakością, które nie były objęte certyfikacją, sposób i zakres oceny określa Kierownik Działu SC.



#### **10. Ponowna certyfikacja**

- 10.1. Ponowna certyfikacja może nastąpić w przypadku złożenia przez organizację, wniosku o ponowną certyfikację. Wniosek (formularz FS-03) powinien być złożony nie później niż 3 miesiące przed datą upływu ważności certyfikatu.
- 10.2. Celem auditu ponownej certyfikacji jest potwierdzenie stałej zgodności i skuteczności systemu zarządzania jakością jako całości oraz jego stałej odpowiedniości i przydatności do zakresu certyfikacji.
- 10.3. W przypadku wystąpienia organizacji o ponowną certyfikację, Jednostka Certyfikująca przeprowadza ponownie ocenę systemu zarządzania jakością z wykorzystaniem wyników auditów w nadzorze. Jeżeli w sytuacji Organizacji wystąpią istotne zmiany, audit odnawiający może być przeprowadzony w trybie dwuetapowym.

#### **11. Przeniesienie praw do certyfikatu**

- 11.1. W przypadku zmiany statusu prawnego posiadacza certyfikatu, zasady przeniesienia praw do certyfikatu określa Kierownik Działu SC. Ustala on również dokumentację niezbędną do przeniesienia praw własności. Pisemna informacja o decyzji Kierownika Działu SC w sprawie zmiany statusu certyfikatu przekazywana jest zainteresowanej organizacji w oparciu o jego udokumentowany wniosek.

#### **12. Rezygnacja z certyfikacji**

- 12.1. Organizacja może zrezygnować z certyfikacji, z dowolnej przyczyny i w dowolnym terminie. Rezygnacja powinna mieć formę pisemną. W przypadku rezygnacji z certyfikacji, a w konsekwencji cofnięcia certyfikacji, organizacja jest zobowiązana spełnić wymagania pkt. 7.3

#### **13. Zasady użycia certyfikatu i znaku certyfikacji (logo systemu)**

- 13.1. Certyfikowana Organizacja ma prawo do publikowania swojego certyfikatu i używania logo systemu w sposób uznany za właściwy zapewniając, że publikacje te przedstawiają właściwy obraz możliwości spełnienia wymagań objętych certyfikatem.
- 13.2. Zabrania się Organizacji dokonywania zmian w certyfikacie i jego kopiach i/lub publikowania/używania certyfikatu poza określonym zakresem.

#### **14. Poufność i ochrona**

- 14.1. Osoby wykonujące czynności związane z certyfikacją, będące pracownikami Jednostki Certyfikującej jak i osoby z innych komórek organizacyjnych Sieci Badawczej Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny lub spoza niego, są zobowiązane do zachowania poufności w odniesieniu do informacji uzyskanych w trakcie procesu. Osoby te są również zobowiązane do nienaruszenia praw własności Organizacji (prawa autorskie i pochodne). Obowiązuje je również zasada obiektywności wykonywanej oceny systemu zarządzania jakością Organizacji.

#### **15. Odwołania i skargi**

- 15.1. Organizacja ma prawo składania do Jednostki Certyfikującej skarg dotyczących uchybień w pracy Jednostki Certyfikującej,
- 15.2. Organizacja ma prawo odwołania się od decyzji podjętych przez Jednostkę Certyfikującą w trakcie procesu certyfikacji.
- 15.3. Szczegółowy tok postępowania z odwołaniami i skargami jest opisany w procedurze PO-06 dostępnej na stronie Jednostki Certyfikującej.

#### **16. Przenoszenie akredytowanej certyfikacji**

- 16.1. Jednostka Certyfikująca nie przenosi akredytowanych certyfikacji. Każdy proces przejścia jest traktowany jak nowa certyfikacja i odbywa się zgodnie z procedurą dotyczącą początkowej certyfikacji.