

**INSTYTUT TECHNIKI GÓRNICZEJ**

ul. Pszczyńska 37, 44 – 101 Gliwice

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca**PROGRAM CERTYFIKACJI****PC-DBA/ 10**Wydanie: **4**Data: **30.12.2016**

Strona: 2/16

**SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
zgodny z normą PN-EN ISO 9001:2015-10****1. Informacje ogólne**

Program dotyczy certyfikacji systemu zarządzania jakością zgodnego z normą PN-EN ISO 9001:2015-10 i prezentuje zasady, procedury i zarządzanie stosowane przez Instytut Techniki Górniczej w celu potwierdzenia zgodności systemu zarządzania jakością organizacji klienta z wyspecyfikowanymi w ww. normie wymaganiami.

2. Cel programu

Celem programu jest przedstawienie:

- procedury postępowania w zakresie certyfikacji systemu zarządzania jakością zgodnego z normą PN-EN ISO 9001:2015-10,
- informacji o zasadach nadzoru nad wydanymi certyfikatami,
- oferty Instytutu Techniki Górniczej KOMAG dotyczącej certyfikacji systemu zarządzania jakością zgodnego z normą PN-EN ISO 9001:2015-10.

3. Właściciel programu

Instytut Techniki Górniczej KOMAG jako jednostka certyfikująca systemy zarządzania jakością.

4. Jednostka realizująca program certyfikacji

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca, nazywany w dalszej części „Zakładem”.

5. Normy lub dokumenty odniesienia procesu certyfikacji

Nr identyfikacyjny według ICS	03.120.10
Nazwa grupy asortymentowej lub asortymentu:	„Zarządzanie jakością i zapewnienie jakości”
Norma lub dokument normatywny:	
– PN-EN ISO 9001:2015-10	Systemy zarządzania jakością. Wymagania.

oraz dokumenty związane:

- PN-EN ISO/IEC 17021-1:2015-09 Ocena zgodności. Wymagania dla jednostek prowadzących audyty i certyfikację systemów zarządzania. Część 1: Wymagania.
- PN-EN ISO 19011:2012 Wytyczne dotyczące auditowania systemów zarządzania.
- IAF MD 5:2015 wyd. 3 Dokument obowiązkowy IAF – Ustalanie czasu auditu systemów zarządzania jakością i systemów zarządzania środowiskowego.
- IAF MD 1:2007 wyd. 1 Dokument obowiązkowy IAF dotyczący zasad próbkowania w procesach certyfikacji organizacji wielodziałowych.
- DA-02 wyd.12 z 28.02.2012 r. Zasady stosowania symboli akredytacji PCA.
- DA-08 wyd. 3 z 15.02.2012 r. Prawa i obowiązki akredytowanego podmiotu.
- DACS-01 wyd. 3 z 25.04.2016 r. Akredytacja jednostek certyfikujących systemy zarządzania. Wymagania szczegółowe.

**INSTYTUT TECHNIKI GÓRNICZEJ**

ul. Pszczyńska 37, 44 – 101 Gliwice

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca**PROGRAM CERTYFIKACJI****PC-DBA/10**Wydanie: **4**Data: **30.12.2016**

Strona: 3/16

**SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
zgodny z normą PN-EN ISO 9001:2015-10****6. Certyfikat**

W ramach certyfikacji systemu zarządzania jakością Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca, po przeprowadzeniu działań opisanych w niniejszym programie, wydaje certyfikat potwierdzający spełnienie przez organizację klienta wymagań zawartych w normie PN-EN ISO 9001:2015-10.

Definicja	Stosowany znak
Certyfikat systemu zarządzania jakością – dokument potwierdzający spełnienie przez organizację klienta wymagań zawartych w normie PN-EN ISO 9001:2015-10	

6.1. Zakres prowadzonej certyfikacji

Jednostka Certyfikująca prowadzi certyfikację systemów zarządzania jakością (QMS) w zakresie:

Kod EA	Opis branży	PKD/EKD/NACE
17	Metale i wyroby metalowe.	24 bez 24.46, 25 bez 25.4, 33.11
18	Maszyny i osprzęt do nich.	25.4, 28, 30.4, 33.12, 33.2
19	Urządzenia elektryczne i optyczne.	26, 27, 33.13, 33.14, 95.1

6.2. Dostępność certyfikacji

Obszar geograficzny – Polska. Certyfikacja prowadzona jest w języku polskim lub z udziałem tłumacza. Certyfikacja jest dostępna dla wszystkich organizacji, których działalność mieści się w zakresie akredytacji niezależnie od formy własności, wielkości a także przynależności do jakichkolwiek stowarzyszeń lub ugrupowań. Nie są stawiane nieuzasadnione wymagania finansowe ani proceduralne.

6.3. Model systemu certyfikacji

Rodzaj wydawanego certyfikatu	Elementy systemu certyfikacji
Certyfikat systemu zarządzania jakością	<ul style="list-style-type: none">– przegląd zlecenia i wniosku o certyfikację,– analiza zasobów i możliwości,– opracowanie programu auditów,– ustalenie czasu auditu,– wybór oddziałów w przypadku auditowania systemu zarządzania organizacją wielooddziałowej,– planowanie auditów,– audit certyfikacji początkowej I etap,– audit certyfikacji początkowej II etap,– podjęcie decyzji o certyfikacji,– podpisanie umowy i wydanie certyfikatu,– utrzymanie certyfikacji - regularne monitorowanie reprezentatywnych obszarów i funkcji objętych zakresem systemu zarządzania oraz zmian u certyfikowanego klienta i w jego systemie zarządzania.



INSTYTUT TECHNIKI GÓRNICZEJ

ul. Pszczyńska 37, 44 – 101 Gliwice

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca

PROGRAM CERTYFIKACJI

PC-DBA/10

Wydanie: 4

Data: 30.12.2016

Strona: 4/16

SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
zgodny z normą PN-EN ISO 9001:2015-10

6.4. Zmiany wymagań certyfikacyjnych

W przypadku zmiany wymagań certyfikacyjnych wszelkie informacje udostępnione są na stronie internetowej www.komag.eu/Jednostka_Certyfikujaca oraz są przekazywane jej w ramach nadzoru nad certyfikacją. Organizacja jest zobowiązana do dostosowania swojego systemu do zmienionych wymagań oraz umożliwienia Jednostce, na warunkach przez nią określonych, dokonanie weryfikacji podjętych działań dostosowawczych.

6.5. Odpowiedzialność

Jednostka certyfikująca ponosi odpowiedzialność za ocenę wystarczająco obiektywnych dowodów, stanowiących podstawę do wydania decyzji o certyfikacji. Jednostka nie przekazuje ani nie zleca uprawnień do przyjęcia i rozpatrzenia wniosku oraz do decyzji w sprawie udzielania, utrzymywania, przedłużania, rozszerzania, ograniczania, zawieszania i cofnięcia (unieważniania) certyfikacji systemu zarządzania jakością.

6.6. Poufność

W celu uzyskania uprzywilejowanego dostępu do informacji, niezbędnych jednostce certyfikującej do przeprowadzenia adekwatnej oceny zgodności z wymaganiami certyfikacyjnymi, Zakład nie ujawnia informacji poufnych, za wyjątkiem przypadków przewidzianych prawem. Za informacje zastrzeżone i poufne uważa się wszystkie informacje otrzymane lub wytworzone podczas realizacji działalności certyfikacyjnej, wyłączając informacje publicznie udostępnione przez klienta lub gdy uzgodniono to pomiędzy Zakładem a klientem (np. dla celów odpowiadania na skargi).

Jeżeli Zakład jest zobowiązany poprzez prawo lub na podstawie zawartej umowy do ujawnienia informacji poufnej, to klient lub osoba, której to dotyczy, z wyprzedzeniem jest powiadamiana o przekazywanej informacji, o ile nie jest to zabronione przez prawo. Również w przypadku udostępniania informacji poufnych innym jednostkom (np. jednostce akredytującej, grupie porozumienia w zakresie programu oceny równorzędnej), Zakład informuje swojego klienta o tym działaniu. Informacja o kliencie uzyskana z innych źródeł niż klient (np. od składających skargę lub urzędów publicznych) również jest traktowana jako poufna.

Personel jednostki certyfikującej zaangażowany w proces certyfikacji jest zobowiązany do nie ujawniania i nie wykorzystywania informacji technicznych, technologicznych, organizacyjnych, handlowych lub innych stanowiących tajemnicę klienta, w trakcie trwania umowy o pracę (pracownicy stali) lub wykonywania zleconych zadań (pracownicy zewnętrzni) i w okresie 3 lat od jej ustania lub wykonania zlecenia (umowa o zachowaniu tajemnicy służbowej – personel stały; umowa o wykonywaniu zadań audytora/eksperta – personel zewnętrzny). W wyżej wymienionych umowach określono również konsekwencje, w przypadku naruszenia postanowień ww. umów.

Regulamin działania Rady Zarządzającej zawiera ustalenia dotyczące poufności informacji.

Osoby powoływane w skład Rady Zarządzającej są zobowiązane do zachowania poufności wszystkich informacji uzyskanych w trakcie posiedzeń, przez podpisanie deklaracji poufności.

Zakład dysponuje odpowiednim wyposażeniem gwarantującym bezpieczne postępowanie z informacjami.

Wszystkie pomieszczenia Zakładu zostały określone, co do charakteru prowadzonych w nich prac.

Dostępność personelu oraz klientów do danego pomieszczenia wynika z przypisanego im charakteru.

Zasady prowadzenia archiwum zawarte w instrukcji I-DBA/04 określają środki podjęte w celu zapewnienia poufności dokumentacji i zapisów oraz danych komputerowych.

6.7. Wymagania kompetencyjne

Zakład posiada udokumentowany proces określania kryteriów kompetencyjnych dla personelu zaangażowanego w zarządzanie oraz przeprowadzanie auditów i innych działań certyfikacyjnych.

Przyjęte kryteria kompetencyjne uwzględniają wymagania normy PN-EN ISO/IEC 17021-1:2015-09 i specyfikacji technicznej PKN-ISO/IEC TS 17021-3:2014-08 i są określone dla każdej funkcji w procesie certyfikacji (I-DBA/01-Z5), tj. dla:

- a) przeglądu wniosku,
- b) ustanowienia programu auditu,
- c) planowania auditów,
- d) przydziału zespołów auditujących,



- e) auditowania i raportowania,
- f) przeglądu raportów i decyzji dotyczących certyfikacji,
- g) utrzymywania certyfikacji.

Wymagania kompetencyjne zostały określone także dla funkcji realizowanych przez:

- a) kierownictwo nadzorujące proces certyfikacji,
- b) członków komitetu chroniącego bezstronność (Rady Zarządzającej),
- c) personel wykonujący audyty wewnętrzne,
- d) personel odpowiedzialny za ocenę i monitorowanie kompetencji i wyników uzyskiwanych przez personel wykonujący funkcje certyfikacyjne,
- e) personel administracyjny.

Kompetencje personelu Zakładu są monitorowane.

7. Proces certyfikacji

7.1. Etapy procesu certyfikacji

Na proces certyfikacji systemów zarządzania, prowadzony przez Zakład, składa się:

- program auditów zawierający dwuetapowy audit początkowy, audyty nadzoru w pierwszym i drugim roku oraz audit ponownej certyfikacji w trzecim roku przed upływem certyfikacji,
- audyty przeprowadzane zgodnie z ustanowionymi planami auditów, bazującymi na wymaganiach certyfikacyjnych Zakładu,
- wybór i powoływanie zespołu auditującego, w tym auditora wiodącego oraz ustalenie kompetencji auditora w przypadku, gdy jest tylko jeden auditor,
- ustalanie czasu auditu z uwzględnieniem: wymagań normy danego systemu zarządzania, wielkości i złożoności organizacji, kontekstu technicznego i prawnego, podzlecenia jakichkolwiek działań objętych zakresem systemu zarządzania, wyników wszystkich poprzednich auditów, liczby oddziałów i kwestii wielooddziałowości, ryzyka związanego z wyrobami (procesami, działalnością organizacji),
- wybór oddziałów,
- komunikowanie zadań zespołu auditującego,
- komunikowanie dotyczące członków zespołu auditującego,
- komunikowanie planu auditu,
- przeprowadzenie auditów na miejscu,
- dostarczenie raportu z auditu, z opisanymi niezgodnościami i spostrzeżeniami oraz wymaganiami ich przeanalizowania przez klienta,
- przegląd działań korygujących prowadzonych przez klienta,
- decyzje o certyfikacji systemu zarządzania jakością (decyzje są podejmowane przez osoby, które nie prowadziły auditów).

Proces certyfikacji systemu zarządzania jakością jest przeprowadzony zgodnie z ustalonymi procedurami, uwzględniającymi:

- wniosek, przegląd wniosku,
- etapy realizacji procesu, ich specyfikę,
- udzielanie certyfikacji systemu zarządzania jakością.

7.2. Działania przed certyfikacją

7.2.1. Wniosek o certyfikację

Organizacja zgłaszająca certyfikację systemu zarządzania zwraca się do Zakładu z wnioskiem, będącym wypełnionym formularzem (PO-DBA/02-Z1), lub pismem zlecającym. Zgłoszenie pismem zlecającym wymaga przesłania do organizacji certyfikowanej formularza wniosku, w celu uzyskania niezbędnych informacji umożliwiających ustalenie:

- pożądanego zakresu certyfikacji (jeśli ma to zastosowanie, w powiązaniu do każdego oddziału),
- stosownych szczegółów wnioskującej organizacji, wymaganych przez program certyfikacji, w tym jej nazwy i adresu (adresów) jej fizycznych lokalizacji, jej procesów i działań, zasobów ludzkich i technicznych, funkcji, powiązań oraz wszelkich mających zastosowanie zobowiązań prawnych,



INSTYTUT TECHNIKI GÓRNICZEJ

ul. Pszczyńska 37, 44 – 101 Gliwice

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca

PROGRAM CERTYFIKACJI

PC-DBA/10

Wydanie: **4**

Data: **30.12.2016**

Strona: 6/16

SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
zgodny z normą PN-EN ISO 9001:2015-10

- informacji dotyczących wszystkich podzlecanych procesów stosowanych przez organizację, które mogą oddziaływać na zgodność z wymaganiami,
- norm lub innych wymagań, w odniesieniu do których organizacja wnioskująca ubiega się o certyfikację,
- informacji dotyczących korzystania z konsultacji w odniesieniu do systemu zarządzania jakością (jeśli tak, kto udzielał konsultacji).

7.2.2. Przegląd wniosku

Przegląd wniosku i informacji uzupełniających do certyfikacji jest przeprowadzany przed podjęciem decyzji w sprawie przeprowadzenia auditu, w celu upewnienia się, że:

- informacje dotyczące wnioskującej organizacji i jej systemu zarządzania są wystarczające do opracowania programu auditu,
- wymagania certyfikacyjne są wyraźnie zdefiniowane i udokumentowane oraz zostały dostarczone wnioskującej organizacji,
- wszystkie znane różnice w rozumieniu zagadnień pomiędzy jednostką certyfikującą a wnioskującą organizacją zostały rozwiązane,
- jednostka certyfikująca posiada kompetencje i możliwości przeprowadzenia działalności certyfikacyjnej,
- wzięto pod uwagę zakres certyfikacji, o którą ubiega się wnioskodawca, lokalizację(e) działalności wnioskującej organizacji, czas potrzebny do przeprowadzenia auditu oraz wszelkie inne elementy wpływające na działalność certyfikacyjną (język, warunki bezpieczeństwa, zagrożenia dla bezstronności itp.),
- są utrzymywane zapisy z uzasadnienia decyzji w sprawie przeprowadzenia auditu.

W przypadku pozytywnego wyniku oceny, wniosek zostaje zarejestrowany, natomiast w przypadku, gdy wniosek nie spełnia wymagań formalnych, Zakład prosi wnioskodawcę o jego uzupełnienie. Uzupełniony przez wnioskodawcę wniosek, podlega rejestracji z datą jego wpływu. W przypadku braku uzupełnienia wniosku, Zakład powiadamia Wnioskującego o wstrzymaniu procesu certyfikacji.

Na podstawie wyników przeglądu wniosku są określone kompetencje, które powinny być uwzględnione przy powoływaniu zespołu auditującego i podejmowaniu decyzji o certyfikacji.

Na podstawie wyników przeglądu wniosek jest akceptowany lub odrzucony. Jeśli w wyniku przeglądu wniosek zostaje odrzucony, powody odrzucenia są udokumentowane w sporządzonych zapisach i wyjaśnione klientowi, uwzględniając zasady: bezstronności, kompetencji, odpowiedzialności, otwartości, poufności reagowania na skargi. Uzupełniony lub poprawiony wniosek również podlega przeglądowi.

Na podstawie przeglądu wniosku są również określone kompetencje, jakie powinny być uwzględnione przy powoływaniu zespołu auditującego i podejmowaniu decyzji o certyfikacji. W przypadku podjęcia decyzji o kontynuowaniu procesu certyfikacji jest zawierana z klientem umowa.

7.2.3. Opracowanie programu auditów i ustalanie ich czasu

Program auditów jest opracowywany dla całego cyklu certyfikacji, w celu jasnego zidentyfikowania działań auditowych, wymaganych do wykazania, że system zarządzania jakością klienta spełnia wymagania certyfikacyjne określone w normie. Program auditów dla cyklu certyfikacji obejmuje wszystkie wymagania dotyczące systemu zarządzania.

Program auditów dotyczący certyfikacji początkowej zawiera:

- dwuetapowy audit początkowy,
- audyty nadzoru w pierwszym i drugim roku po podjęciu decyzji o certyfikacji,
- audit ponownej certyfikacji w trzecim roku przed upływem certyfikacji.

Pierwszy trzyletni cykl certyfikacji rozpoczyna się od decyzji o certyfikacji. Następny cykl rozpoczyna się decyzją o ponownej certyfikacji. Przy opracowywaniu programu oraz wprowadzaniu wszystkich późniejszych zmian, uwzględnia się wielkość organizacji klienta, zakres i złożoność jej systemu zarządzania jakością, wyroby i procesy, jak również wykazany poziom skuteczności systemu zarządzania oraz wyniki wszystkich poprzednich auditów.

**INSTYTUT TECHNIKI GÓRNICZEJ**

ul. Pszczyńska 37, 44 – 101 Gliwice

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca**PROGRAM CERTYFIKACJI****PC-DBA/10**Wydanie: **4**Data: **30.12.2016**

Strona: 7/16

**SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
zgodny z normą PN-EN ISO 9001:2015-10**

Audyty nadzoru są przeprowadzane co najmniej raz w roku kalendarzowym, z wyjątkiem lat w których ma być prowadzona ponowna certyfikacja. Data pierwszego auditu nadzoru po certyfikacji początkowej nie jest późniejsza niż 12 miesięcy od daty podjęcia decyzji o certyfikacji.

W tych przypadkach, w których Zakład bierze pod uwagę certyfikację już udzieloną klientowi oraz audyty przeprowadzone przez inną jednostkę certyfikującą, pod warunkiem uzyskania i utrzymywania wystarczających dowodów, takich jak: raporty i dokumentacja dotycząca działań korygujących do każdej niezgodności. Dokumentacja ta powinna wspierać spełnienie wymagań niniejszej normy PN-EN 17021-1:2015-09. Zakład, na podstawie uzyskanych informacji, uzasadnia i zapisuje wszelkie zmiany w istniejącym programie auditów oraz śledzi wdrożenie działań korygujących dotyczących wcześniejszych niezgodności.

Jeśli klient pracuje w systemie zmianowym, to podczas opracowywania programu i planów auditów rozważa się działania, jakie występują podczas pracy na zmianie.

Ze wszystkich działań realizowanych zgodnie z programem auditów są sporządzane zapisy. Programy auditów są monitorowane i przeglądane nie rzadziej niż raz w roku.

7.2.4. Ustalanie czasu auditów

Zakład, dla każdego klienta ustala czas niezbędny do zaplanowania i realizacji pełnego i skutecznego auditu systemu zarządzania, z uwzględnieniem aspektów wymienionych w normie PN-EN 17021-1:2015-09.

Czas auditu początkowej certyfikacji, nadzoru i ponownej oceny systemu zarządzania organizacji obejmuje:

- czas na miejscu w obiektach klienta oraz czas poza jego obiektami,
- czas poświęcony na planowanie, przegląd dokumentacji, komunikowanie się z personelem klienta,
- czas na pisanie raportu.

Czas poświęcony przez każdego członka zespołu audytującego, który nie został wyznaczony jako auditor (to jest czas ekspertów technicznych, tłumaczy, obserwatorów i auditorów szkolących się), nie jest wliczany do czasu trwania auditu systemu zarządzania jakością, o którym mowa powyżej.

Ustalony na podstawie międzynarodowego dokumentu IAF MD 5:2015 wyd. 3 oraz IAF MD 1:2007 wyd.1 czas auditu oraz zakres próbkowania uwzględnia takie czynniki, jak:

- wymagania stosownej normy dla danego systemu zarządzania,
- wielkość i złożoność organizacji,
- kontekst techniczny i prawny,
- każde podzlecenie jakichkolwiek działań objętych zakresem systemu zarządzania,
- wyniki wszystkich poprzednich auditów,
- liczbę oddziałów i kwestię wielooddziałowości,
- ryzyka związane z wyrobami, procesami lub działalnością organizacji,
- to, czy audit jest wspólny, połączony czy zintegrowany.

Udokumentowana informacja o czasie trwania auditu systemu zarządzania wraz z uzasadnieniem jest przekazywana klientowi.

7.2.5. Wybór oddziałów

W przypadku tworzenia programów dla organizacji wielooddziałowych, jednostka certyfikująca uwzględnia zasady określone w dokumencie IAF MD 1:2007 wyd.1. Uzasadnienie planu wyboru oddziałów każdego klienta jest udokumentowane.

7.2.6. Systemy zarządzania według wielu norm

Zakład nie prowadzi certyfikacji według wielu norm dotyczących systemów zarządzania.



INSTYTUT TECHNIKI GÓRNICZEJ

ul. Pszczyńska 37, 44 – 101 Gliwice

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca

PROGRAM CERTYFIKACJI

PC-DBA/10

Wydanie: 4

Data: 30.12.2016

Strona: 8/16

SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
zgodny z normą PN-EN ISO 9001:2015-10

7.3. Planowanie auditów

7.3.1. Określenie celów, zakresu i kryteriów auditu

Cele, zakres i kryteria auditu, łącznie z jakimikolwiek zmianami, są ustalane przez Zakład zgodnie z ustaloną procedurą, po przeprowadzeniu rozmów z klientem. Cele auditu, zakres i kryteria auditu (oceny) są dokumentowane (PO-DBA/11-Z1).

7.3.2. Wybór i powołanie zespołu auditującego

Zespół auditujący jest wybierany i powoływany do danego auditu tak, aby posiadał ogół kompetencji potrzebnych do osiągnięcia celów auditu i wymagań dotyczących bezstronności.

Jeśli do przeprowadzenia auditu wystarczy jeden auditor, wówczas powołuje się audytora o kompetencjach audytora wiodącego, właściwych dla tego auditu. W uzgodnieniu z klientem, w skład zespołu auditującego mogą wchodzić również: obserwatorzy, eksperci techniczni. Dodatkowo, każdemu audytorowi może towarzyszyć przewodnik, chyba że między audytorem wiodącym i klientem uzgodniono inaczej.

Zespół auditujący zapewnia, że obserwatorzy i przewodnicy nie mają wpływu i nie ingerują w prowadzenie lub wynik auditu. Zadania przewodników ograniczają się do: ustalenie kontaktów z osobami udzielającymi wyjaśnień, ustalenie wizyt w poszczególnych obszarach lub częściach organizacji, zapewnienie zapoznania członków zespołu auditującego z zasadami bezpieczeństwa i procedurami ochrony na danych terenie oraz ich przestrzegania, obserwowanie auditu w imieniu klienta, dostarczanie wyjaśnień lub informacji na prośbę audytora.

Skład zespołu auditującego, powołanego do danego auditu jest udokumentowany (PO-DBA/02-Z2).

7.3.3. Plan auditu

Dla każdego auditu, określonego w programie auditów, Zakład ustanawia plan auditu (PO-DBA/11-Z1) odpowiedni do jego celów i zakresu, w celu dostarczenia podstawy do uzgodnień dotyczących prowadzenia i planowania działań auditowych.

Zadania zespołu auditującego, zdefiniowane w planie auditu, są komunikowane zespołowi auditującemu.

Plan auditu, zawierający również nazwisko każdego członka zespołu auditującego i uzgodnione z klientem daty auditu, jest dostarczany klientowi z wyprzedzeniem. Na życzenie klienta, są mu dostarczane podstawowe informacje o każdym z członków zespołu auditującego, z wyprzedzeniem umożliwiającym klientowi zgłoszenie ewentualnego sprzeciwu wobec wyznaczenia każdego konkretnego członka zespołu auditującego, a Zakładowi zmianę składu zespołu, w odpowiedzi na jakikolwiek uzasadniony sprzeciw.

7.4. Certyfikacja początkowa

7.4.1. Audit początkowej certyfikacji

Audit certyfikacji początkowej odbywa się w dwóch etapach (w pierwszym etapie i drugim etapie):

- Pierwszy etap

Pierwszy etap auditu certyfikacji początkowej jest planowany i przeprowadzany w celu:

- przeglądu udokumentowanych informacji systemu zarządzania klienta,
- oceny specyficznych dla lokalizacji klienta warunków oraz przeprowadzenie rozmów z personelem klienta w celu określenia gotowości do drugiego etapu,
- przeprowadzenia przeglądu statusu klienta i zrozumienia przez niego wymagań normy, zwłaszcza w odniesieniu do identyfikacji kluczowych wyników działań lub znaczących aspektów, procesów, celów i działania systemu zarządzania,
- uzyskanie niezbędnych informacji dotyczących zakresu systemu zarządzania,



- w tym lokalizacji klienta, stosowanych procesów i wyposażenia, poziomów ustalonych środków nadzoru (szczególnie w przypadku klientów wielooddziałowych), mających zastosowanie wymagań przepisów prawnych i regulacyjnych,
- przeprowadzenia przeglądu przydziału zasobów do drugiego etapu i uzgodnienia z klientem szczegółów drugiego etapu,
- skoncentrowania się na zaplanowaniu drugiego etapu poprzez osiągnięcie wystarczającego zrozumienia systemu zarządzania klienta i prowadzonej przez niego działalności w danej lokalizacji, w kontekście normy dotyczącej systemu zarządzania lub innego dokumentu normatywnego (dyrektywy),
- oceny, czy są planowane i realizowane audyty wewnętrzne i przeglądy zarządzania, oraz czy poziom wdrożenia systemu zarządzania uzasadnia gotowość klienta do drugiego etapu.

Pierwszy etap auditu w części przeprowadzany jest także w obiektach klienta. O działaniach „na miejscu” klient jest informowany z wyprzedzeniem.

Udokumentowane wnioski (PO-DBA/11-Z2) dotyczące wykonania celów pierwszego etapu i gotowości do drugiego etapu są komunikowane klientowi, łącznie z identyfikacją wszystkich obszarów, gdzie wystąpiły zastrzeżenia, które mogłyby być zakwalifikowane jako niezgodność podczas drugiego etapu.

Określając odstęp pomiędzy pierwszym etapem a drugim etapem uwzględnia się konieczność rozwiązania przez klienta zastrzeżeń zidentyfikowanych podczas pierwszego etapu. Zakład może również potrzebować sprawdzenia swoich przygotowań do drugiego etapu. Jeśli wystąpią jakiegokolwiek istotne zmiany, które mogłyby wpływać na system zarządzania, Zakład bierze pod uwagę potrzebę powtórzenia całości lub części pierwszego etapu. Klient jest informowany, że wyniki pierwszego etapu mogą prowadzić do przesunięcia terminu lub anulowania drugiego etapu.

• Drugi etap

Dopuszcza się wykonywanie obu etapów bezpośrednio po sobie z uwzględnieniem faktu, że zostały osiągnięte cele pierwszego etapu auditu, wyłącznie w mikroprzedsiębiorstwach zdefiniowanych w ustawie z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. Nr 173 poz.1807 z późn. zmianami).

Drugi etap, którego celem jest ocena wdrożenia, w tym skuteczności, systemu zarządzania klienta, przeprowadza się w lokalizacji (lokalizacjach) klienta.

Drugi etap auditu certyfikacji początkowej/zatwierdzenia obejmuje auditowanie co najmniej:

- informacji i dowodów zgodności ze wszystkimi wymaganiami stosowanej normy dotyczącej systemu zarządzania lub innych dokumentów normatywnych,
- monitorowania, pomiarów, raportowania i przeglądania osiągnięć w odniesieniu do kluczowych celów i zadań (zgodnych z oczekiwaniami w stosowanej normie dotyczącej systemu zarządzania lub innym dokumencie normatywnym),
- zdolności systemu zarządzania klienta i sposobu jego działania odnośnie do spełniania mających zastosowanie wymagań przepisów prawnych, regulacyjnych i umów,
- nadzoru operacyjnego klienta nad procesami,
- auditów wewnętrznych i przeglądów zarządzania,
- odpowiedzialności kierownictwa za polityki klienta.

Zespół audytujący, na podstawie analizy wszystkich informacji i dowodów z auditu zebranych podczas pierwszego etapu i drugiego etapu, dokonuje przeglądu ustaleń z auditu i uzgodnienia wniosków z auditu (PO-DBA/11-Z2).

7.5. Przeprowadzanie auditów

7.5.1. Proces prowadzenia auditów na miejscu

Audyty są przeprowadzane na miejscu i obejmują:

- przeprowadzenie spotkania otwierającego na początku auditu,
- komunikowanie się podczas auditu,
- uzyskiwanie i weryfikowanie informacji,
- identyfikowanie i zapisywanie ustaleń z auditu,



INSTYTUT TECHNIKI GÓRNICZEJ

ul. Pszczyńska 37, 44 – 101 Gliwice

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca

PROGRAM CERTYFIKACJI

PC-DBA/10

Wydanie: **4**

Data: **30.12.2016**

Strona: 10/16

SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
zgodny z normą PN-EN ISO 9001:2015-10

- przygotowywanie wniosków z auditu,
- przeprowadzenie spotkania zamykającego.

Jeśli jakakolwiek część auditu jest wykonywana za pomocą środków elektronicznych lub jeśli auditowana lokalizacja jest wirtualna, Zakład zapewnia przeprowadzenie takich działań przez personel posiadający właściwe kompetencje. Dowody uzyskane podczas takiego auditu uważa się za wystarczające, jeżeli umożliwiają auditorowi podjęcie uzasadnionej decyzji dotyczącej zgodności z przedmiotowymi wymaganiami.

7.5.2. Raport z auditu

Auditor wiodący zapewnia przygotowanie raportu z auditu i jest odpowiedzialny za jego treść. Raport z auditu (PO-DBA/11-Z2) zawiera dokładne, zwięzłe i jasne zapisy z auditu w celu umożliwienia podjęcia uzasadnionej decyzji w sprawie certyfikacji/zatwierdzenia. Zakład wymaga, aby jego zawartość była zgodna z wymaganiami normy PN-EN 17021-1:2015-09.

Zakład dostarcza klientowi pisemny raport z każdego auditu. Za dostarczenie auditowanej organizacji pisemnego raportu z auditu odpowiada Kierownik Zakładu. Zespół auditujący może w nim identyfikować możliwości doskonalenia, ale bez podawania konkretnych rozwiązań. Zakład zachowuje prawa własności do raportu z auditu.

7.5.3. Analiza przyczyn niezgodności

Zakład wymaga od klienta przeprowadzenia analizy przyczyn i opisanie określonych korekcy i działań korygujących, zapisanych w kartach niezgodności, podjętych lub zaplanowanych do realizacji, w celu wyeliminowania stwierdzonych niezgodności, w określonym czasie.

7.5.4. Skuteczność korekcy i działań korygujących

Auditor wiodący, działając w imieniu Zakładu, dokonuje przeglądu korekcy, zidentyfikowanych przyczyn oraz działań korygujących przedstawionych przez klienta w celu określenia, czy są możliwe do zaakceptowania (PO-DBA/11-Z5). Weryfikacji podlega skuteczność wszelkich podjętych korekcy i działań korygujących. Wymaga się od klienta, aby uzyskane dowody potwierdzające usunięcie niezgodności były zapisane.

Zakład informuje klienta o wynikach przeglądu i weryfikacji. Jeśli, w celu weryfikacji skuteczności korekcy i działań korygujących, będzie konieczny dodatkowy pełny audit, dodatkowy ograniczony audit lub udokumentowany dowód (do potwierdzenia podczas przyszłych auditów), to klient jest o tym informowany.

Skuteczność korekcy i działań korygujących jest weryfikowana na podstawie przeglądu udokumentowanej informacji dostarczonej przez klienta lub, jeśli to konieczne, poprzez weryfikację na miejscu przez członka zespołu auditującego.

7.6. Podjęcie decyzji o udzieleniu certyfikacji

Decyzja o udzieleniu lub odmowie certyfikacji, rozszerzeniu lub ograniczeniu zakresu certyfikacji, zawieszeniu lub wznowieniu certyfikacji, cofnięciu lub przedłużeniu certyfikacji jest podejmowana przez upoważnione osoby kierownictwa Zakładu na podstawie wymaganych informacji, po dokonaniu przeglądu informacji dostarczonych przez zespół auditujący, korekcy i działań korygujących podjętych przez klienta w odniesieniu do każdej dużej niezgodności oraz planu korekcy i działań korygujących w odniesieniu do każdej małej niezgodności.

W przypadku podjęcia decyzji o odmowie certyfikacji, klient otrzymuje uzasadnienie decyzji oraz informację o prawie do odwołania.

W przypadku pozytywnego wyniku oceny i podjęcia decyzji o certyfikacji systemu zarządzania jakością Zakład wystawia certyfikat.

**INSTYTUT TECHNIKI GÓRNICZEJ**

ul. Pszczyńska 37, 44 – 101 Gliwice

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca**PROGRAM CERTYFIKACJI****PC-DBA/10**Wydanie: **4**Data: **30.12.2016**

Strona: 11/16

**SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
zgodny z normą PN-EN ISO 9001:2015-10**

Certyfikat zawiera:

- oznaczenie jednostki certyfikującej, jej nazwa i adres (Instytut Techniki Górniczej KOMAG Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca; 44 - 101 Gliwice ul. Pszczyńska 37) oraz jej symbol akredytacji PCA (AC 165 QMS),
- numer certyfikatu (niepowtarzalny kod identyfikacyjny),
- nazwę i lokalizację geograficzną klienta, którego system zarządzania jest certyfikowany (lub lokalizację geograficzną głównych siedzib oraz wszystkich miejsc w zakresie certyfikacji organizacji wielooddziałowych),
- normę /jej numer i datę wydania i/lub numer i datę nowelizacji/ stosowaną podczas auditowania klienta certyfikowanego,
- zakres certyfikacji w powiązaniu z wyrobem (w tym z usługą), procesem itp., jeśli ma to zastosowanie, do każdego oddziału,
- datę udzielenia certyfikacji, rozszerzenia lub przedłużenia certyfikacji,
- datę ważności certyfikacji lub datę dokonania ponownej certyfikacji spójnej z cyklem ponownej certyfikacji,
- podpis Kierownika Zakładu.

W przypadku wydania jakichkolwiek zmienionych dokumentów certyfikacyjnych zmienione dokumenty różnią się od wszystkich wcześniejszych dokumentów nieaktualnych.

W celu powiązania zakresu certyfikacji z oddziałem (dotyczy organizacji wielooddziałowych, w których zakres certyfikacji danego oddziału różni się od zakresu certyfikacji centrali), dla danego oddziału jest wydawany certyfikat wyróżniony m.in. niepowtarzalnym numerem (numer różni się od numeru certyfikatu całej organizacji i ewentualnie innych oddziałów ostatnią liczbą w oznaczeniu numeru).

Numeru certyfikatu systemu zarządzania jakością zawiera następujące symbole KOMAG ** QS **** / *, które oznaczają:

- KOMAG – skrót nazwy jednostki notyfikowanej – Instytutu Techniki Górniczej KOMAG,
- ** - dwie ostatnie cyfry roku wydania certyfikatu,
- QS – system zarządzania jakością,
- **** - numer wniosku o certyfikację (cztery cyfry),
- /* - opcjonalnie numer rozszerzenia certyfikatu (np. numer przypisany oddziałowi organizacji).

Wzajemne prawa i zobowiązania są określone w umowie zawartej pomiędzy klientem i jednostką certyfikującą.

7.7. Utrzymywanie certyfikacji

7.7.1. Działania w nadzorze

Zakład nadzoruje certyfikowane systemy zarządzania klientów w celu sprawdzenia, czy klient stale spełnia wymagania normy dotyczącej systemu zarządzania oraz czy organizacja wypełnia obowiązki wynikające z zawartej umowy (prawa własności, prawidłowe powoływanie się na status certyfikacji, właściwe stosowanie dokumentów certyfikacyjnych, znaków lub raportów z auditów).

Działania w nadzorze zapewniające regularne monitorowanie reprezentatywnych obszarów i funkcji objętych zakresem systemu zarządzania, uwzględniające zmiany u klienta i w jego systemie zarządzania.

Działania w nadzorze obejmują:

- auditowanie na miejscu, odnoszące się do spełniania przez system zarządzania klienta wyspecyfikowanych wymagań w odniesieniu do normy, na podstawie której jest udzielona certyfikacja systemu,
- zapytania Zakładu kierowane do certyfikowanego klienta w sprawie różnych aspektów certyfikacji,
- przeglądanie wszelkich oświadczeń klienta w odniesieniu do jego działalności (np. materiały promocyjne, strona internetowa),
- żądania, aby certyfikowany klient dostarczył udokumentowaną informację (na papierze lub w postaci elektronicznej).
- inne sposoby monitorowania wyników działalności certyfikowanego klienta.



INSTYTUT TECHNIKI GÓRNICZEJ

ul. Pszczyńska 37, 44 – 101 Gliwice

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca

PROGRAM CERTYFIKACJI

PC-DBA/10

Wydanie: 4

Data: 30.12.2016

Strona: 12/16

**SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
zgodny z normą PN-EN ISO 9001:2015-10**

7.7.2. Audyty nadzoru

W celu utrzymania zaufanie, że certyfikowany system zarządzania klienta nadal spełnia wymagania w okresie między auditami ponownej certyfikacji są planowane, łącznie z innymi działaniami, audyty nadzoru. Audyty nadzoru są realizowane na miejscu, w zakresie przewidzianym w programie auditów. Audyty w nadzorze są przeprowadzane co najmniej raz w roku. Data pierwszego auditu nadzoru po certyfikacji początkowej, nie jest późniejsza niż 12 miesięcy od ostatniego dnia drugiego etapu auditu.

Każdy nadzór obejmuje następujące elementy systemu zarządzania:

- audyty wewnętrzne i przeglądy zarządzania,
- przegląd działań podjętych w odniesieniu do niezgodności zidentyfikowanych podczas poprzedniego auditu,
- postępowanie ze skargami/reklamacjami,
- skuteczność systemu zarządzania pod względem osiągnięcia celów przez certyfikowanego/zatwierdzonego klienta i zamierzonych wyników odpowiedniego(-ich) systemu(-ów) zarządzania,
- rozwój planowanych działań mających na celu ciągłe doskonalenie,
- ciągły nadzór operacyjny,
- przegląd wszelkich zmian,
- stosowanie znaków i/lub wszelkiego powoływania się na certyfikację.

7.8. Ponowna certyfikacja

7.8.1. Planowanie auditu ponownej certyfikacji

W celu potwierdzenia stałej zgodności i skuteczności systemu zarządzania jako całości oraz jego stałej odpowiedniości i przydatności do zakresu certyfikacji poprzez ocenę stałego spełniania wszystkich wymagań mającej zastosowanie normy lub innego dokumentu normatywnego (dyrektywy), dotyczących systemu zarządzania, na wniosek klienta są planowane (PO-DBA/09-Z1) i prowadzone audyty ponownej certyfikacji.

Audit ponownej certyfikacji jest planowany i przeprowadzany w czasie umożliwiającym przedłużenie certyfikacji w porę, przed końcem daty ważności certyfikacji.

Działania dotyczące ponownej certyfikacji obejmują przegląd raportów z poprzednich auditów nadzoru oraz uwzględniają wyniki funkcjonowania systemu zarządzania w ostatnim cyklu certyfikacji.

Działania audytowe dla ponownej certyfikacji mogą wymagać przeprowadzenia pierwszego etapu w takich sytuacjach, w których nastąpiły znaczące zmiany w systemie zarządzania, w organizacji, lub w kontekście, w którym działa system zarządzania (np. zmiany legislacyjne).

7.8.2. Audit ponownej certyfikacji

Audit ponownej certyfikacji, przeprowadza się na miejscu, w celu:

- oceny skuteczności systemu zarządzania jako całości w świetle zmian wewnętrznych i zewnętrznych oraz jego stałej odpowiedniości i przydatności do zakresu certyfikacji,
- wykazania zaangażowania w utrzymywaniu skuteczności oraz doskonalenia systemu zarządzania w celu poprawy ogólnego sposobu działania,
- oceny skuteczności systemu zarządzania pod względem osiągnięcia celów przez certyfikowanego klienta i zamierzonych wyników systemu zarządzania.

W odniesieniu do każdej dużej niezgodności, Zakład określa granice czasowe dla korekcy i działań korygujących. Wymaga się, aby działania te powinny być wdrożone i zweryfikowane przed upływem daty ważności certyfikacji.

Jeśli działania dotyczące ponownej certyfikacji zostaną zakończone z wynikiem pozytywnym, to przed upływem daty ważności aktualnej certyfikacji, za datę ważności nowej certyfikacji przyjmuje się datę ważności aktualnej certyfikacji. Data wydania nowego certyfikatu jest datą podjęcia decyzji w sprawie ponownej certyfikacji lub datą późniejszą.



INSTYTUT TECHNIKI GÓRNICZEJ

ul. Pszczyńska 37, 44 – 101 Gliwice

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca

PROGRAM CERTYFIKACJI

PC-DBA/10

Wydanie: 4

Data: 30.12.2016

Strona: 13/16

SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
zgodny z normą PN-EN ISO 9001:2015-10

Jeśli audit ponownej certyfikacji nie jest zakończony lub nie można zweryfikować wdrożenia korekcji i działań korygujących dotyczących jakiegokolwiek dużej niezgodności przed upływem daty ważności aktualnej certyfikacji, wtedy ponowna certyfikacja nie jest rekomendowana i ważność certyfikacji nie jest przedłużona. Klient jest o tym fakcie informowany i są mu wyjaśnione konsekwencje.

Po wygaśnięciu certyfikacji Zakład może wznowić certyfikację w ciągu sześciu miesięcy, pod warunkiem zakończenia niewykonanych działań dotyczących ponownej certyfikacji, w przeciwnym razie przeprowadza się co najmniej drugi etap. Data wejścia w życie decyzji wskazana na certyfikacie jest datą podjęcia decyzji w sprawie ponownej certyfikacji, lub datą po podjęciu tej decyzji, a data ważności certyfikacji jest określona na podstawie wcześniejszego cyklu certyfikacji.

7.8.3. Audyty specjalne

7.8.3.1. Rozszerzenie zakresu

Zakład, w odpowiedzi na wniosek o rozszerzenie zakresu już udzielonej certyfikacji, przeprowadza przegląd wniosku i określa wszystkie działania audytowe niezbędne do podjęcia decyzji o rozszerzeniu. Działania te mogą być przeprowadzone w powiązaniu z auditem nadzoru.

7.8.3.2. Audyty z krótkim terminem powiadomienia

W celu zbadania skarg lub w odpowiedzi na zmiany, albo w ramach dalszego postępowania z klientami zawieszonymi, w uzasadnionych przypadkach, przeprowadza się u certyfikowanego klienta audyty z krótkim terminem powiadomienia, lub bez zawiadomienia.

W ww. przypadkach działania audytowe niezbędne do podjęcia decyzji są realizowane najpóźniej do 10 dni od daty poinformowania klienta o warunkach i terminie wizyty.

Ze względu na to, że klient nie ma możliwości zgłaszania zastrzeżeń do członków zespołu auditującego, skład zespołu przeprowadzającego audit z krótkim terminem powiadomienia jest ustalany z dodatkową ostrożnością.

7.9. Zawieszanie, cofanie lub ograniczanie zakresu certyfikacji

Certyfikacja jest utrzymywana, pod warunkiem spełnienia przez klienta wszystkich zobowiązań wynikających z zawartej umowy z ITG KOMAG, Zakładem Badań Atestacyjnych Jednostką Certyfikującą.

Umowa określa:

- przypadki skutkujące zawieszeniem, cofnięciem (unieważnieniem) certyfikacji/ zatwierdzenia lub ograniczeniem zakresu certyfikacji/zatwierdzenia,
- zobowiązania klienta w przypadku zawieszenia, cofnięcia (unieważnienia) lub ograniczenia certyfikacji/zatwierdzenia,
- zasady powoływania się na certyfikację/zatwierdzenie oraz publicznego udostępniania informacji o statusie certyfikacji/zatwierdzenia.

Zawieszenie certyfikacji ma miejsce w następujących przypadkach:

- certyfikowany system zarządzania klienta stale lub w poważnym stopniu nie spełnia wymagań certyfikacyjnych, w tym wymagań dotyczących skuteczności systemu zarządzania,
- certyfikowany klient nie pozwala na przeprowadzanie auditów nadzoru lub auditów ponownej certyfikacji z wymaganą częstością,
- certyfikowany klient dobrowolnie poprosił o zawieszenie.

Po zawieszeniu certyfikacja systemu zarządzania klienta jest czasowo nieważna i klient nie może się na nią powoływać.



INSTYTUT TECHNIKI GÓRNICZEJ

ul. Pszczyńska 37, 44 – 101 Gliwice

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca

PROGRAM CERTYFIKACJI

PC-DBA/10

Wydanie: 4

Data: 30.12.2016

Strona: 14/16

SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
zgodny z normą PN-EN ISO 9001:2015-10

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca zamieszcza informację o zawieszeniu certyfikacji, na swojej stronie internetowej.

Maksymalny czas zawieszenia certyfikacji wynosi:

- 6 miesiące, w przypadku gdy:
 - certyfikowany system zarządzania klienta stale lub w poważnym stopniu nie spełnia wymagań certyfikacyjnych, w tym wymagań dotyczących skuteczności systemu zarządzania,
 - certyfikowany klient nie pozwala na przeprowadzenie auditów nadzoru lub auditów ponownej certyfikacji, z wymaganą częstotliwością.

Wznowienie zawieszonych certyfikacji następuje po upewnieniu się przez Zakład, że kwestie, które spowodowały zawieszenie, zostały rozwiązane. Nierozwiązanie, w czasie ustalonym przez Zakład, kwestii, które spowodowały zawieszenie, skutkują cofnięciem lub ograniczeniem zakresu certyfikacji.

- 2 lata, w przypadku gdy klient dobrowolnie poprosił o zawieszenie.

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca ogranicza zakres certyfikacji w celu wykluczenia tych części, które nie spełniają wymagań, kiedy certyfikowany klient stale lub w poważnym stopniu nie spełnia wymagań certyfikacyjnych dla tych części zakresu certyfikacji. Każde takie ograniczenie jest zgodne z wymaganiami normy zastosowanej do certyfikacji lub dyrektywy i normy zastosowanej do zatwierdzenia systemu zarządzania jakością.

Cofnięcie lub ograniczenie certyfikacji odbywa się wg następujących zasad:

- nierozwiązanie, w czasie ustalonym przez Zakład, kwestii, które spowodowały zawieszenie, skutkują cofnięciem lub ograniczeniem zakresu certyfikacji,
- ograniczenie certyfikacji dotyczy wykluczenia tych części, które nie spełniają wymagań, kiedy klient stale lub w poważnym stopniu nie spełnia wymagań certyfikacyjnych dla tych części zakresu certyfikacji,
- umowa zawarta z klientem zawiera zapisy, pozwalające na wyegzekwowanie warunków cofnięcia, zapewniające, że po powiadomieniu o cofnięciu certyfikacji klient zaprzestanie jej używania we wszystkich materiałach reklamowych, zawierających jakiegokolwiek powoływanie się na status organizacji certyfikowanej.

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca zamieszcza informację o cofnięciu lub ograniczeniu certyfikacji, na swojej stronie internetowej.

Unieważnienie certyfikacji następuje na wniosek certyfikowanego klienta.

8. Odwołania

Odwołania zgłaszane przez klientów są traktowane w Zakładzie Badań Atestacyjnych Jednostce Certyfikującej jako jedno z najważniejszych źródeł informacji o jakości i prawidłowości działań w ramach certyfikacji systemów zarządzania jakością.

Proces przyjmowania, oceny i podejmowania decyzji w sprawie odwołań jest realizowany zgodnie z procedurą (PO-DBA/13), której stosowanie ma na celu rzetelne, bezstronne rozpatrzenie odwołania oraz zapewnienie, że wobec składającego odwołanie nie będą podejmowane żadne działania dyskryminujące.

Zakład jest odpowiedzialny za wszystkie decyzje podejmowane na wszystkich poziomach procesu postępowania z odwołaniami.

Odwołanie dotyczące certyfikacji/zatwierdzenia powinno być skierowane do Dyrektora Instytutu Techniki Górniczej KOMAG.

Odwołanie powinno zawierać następujące informacje:

- nazwę klienta wraz z adresem,
- opis przedmiotu odwołania,
- uzasadnienie odwołania.

**INSTYTUT TECHNIKI GÓRNICZEJ**

ul. Pszczyńska 37, 44 – 101 Gliwice

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca**PROGRAM CERTYFIKACJI****PC-DBA/10**Wydanie: **4**Data: **30.12.2016**

Strona: 15/16

**SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
zgodny z normą PN-EN ISO 9001:2015-10**

Po otrzymaniu odwołania i upewnieniu się, że odwołanie odnosi się do działalności certyfikacyjnej dotyczącej certyfikacji wyrobów/wydawania opinii, za którą jest odpowiedzialny Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca, następuje formalne potwierdzenie przyjęcia odwołania.

Dyrektor ITG KOMAG inicjuje postępowanie wyjaśniające i wyznacza osobę odpowiedzialną za jej przeprowadzenie, tj. zebranie, zweryfikowanie i udokumentowanie wszystkich informacji niezbędnych do walidacji odwołania.

Osoby zaangażowane w proces postępowania z odwołaniem są różne od tych, które dokonywały oceny wyrobu i podejmowały decyzje w sprawie certyfikacji/wydania opinii.

Decyzja komunikowana wnioskodawcy/posiadaczowi certyfikatu/opinii jest podejmowana, przeglądana i zatwierdzona przez osobę(-y), która(-e) poprzednio nie była(-y) zaangażowana(-e) w sprawę będącą przedmiotem odwołania.

W przypadku, gdy rozpatrzenie odwołania wymaga szczególnej wiedzy, wyniki postępowania przekazuje się pod obrady Komitetu Technicznego, który swoje orzeczenie przekazuje Dyrektorowi ITG KOMAG, który podejmuje decyzję w sprawie odwołania.

Klient otrzymuje sprawozdanie z przebiegu rozpatrywania odwołania, wynikach postępowania odwoławczego oraz formalnie powiadamia o zakończeniu procesu rozpatrywania odwołania.

9. Skargi

Skargi, podobnie jak odwołania, zgłaszane przez klientów są traktowane w Zakładzie Badań Atestacyjnych Jednostce Certyfikującej jako jedno z najważniejszych źródeł informacji o jakości i prawidłowości działań w ramach certyfikacji systemów zarządzania jakością.

Zakład jest odpowiedzialny za zbieranie i weryfikowanie wszystkich informacji niezbędnych do walidacji skarg oraz za wszystkie decyzje podejmowane na wszystkich poziomach procesu postępowania ze skargami dotyczącymi działalności certyfikacyjnej.

Składanie, rozpatrywanie i podejmowanie decyzji w sprawie skarg nie powinno skutkować żadnymi działaniami dyskryminującymi składającego skargę

Głównymi elementami procedury odwoławczej dotyczącej skarg są:

- formalne przyjęcie skargi, a jeśli jest to możliwe, potwierdzenie jej przyjęcia,
- rozpatrzenie (przyjęcie, ocena i podjęcie decyzji) reklamacji, skargi w celu ustalenia czy dotyczy działalności certyfikacyjnej oraz jej zasadności lub braku zasadności, zgodnie z procedurą nr PJ/14, która obejmuje m.in. rejestrację i zapisywanie każdej pisemnej reklamacji lub skargi (Dział MR) oraz postępowanie wyjaśniającego w trybie ustalonym przez Dyrektora ITG KOMAG,
- w przypadku, gdy postępowanie wyjaśniające potwierdza zasadność wniesionych zastrzeżeń do działalności certyfikacyjnej uruchomienie przez Kierownika Zakładu stosownych korekcji i/lub korygujących, które są realizowane zgodnie z procedurą PJ/15,
- dostarczenie osobie składającej skargę sprawozdania z przebiegu jej rozpatrywania, wraz z wynikiem skargi i formalnym powiadomieniem o zakończeniu procesu rozpatrywania skargi,
- powiadomienie przez Kierownika Zakładu klienta lub innej strony, która wniosła zastrzeżenia, o wynikach postępowania oraz możliwości dalszych regulacji kwestii spornych.

W przypadku, gdy skarga jest uzasadniona i dotyczy certyfikowanego/zatwierdzonego klienta, jest ona skierowana w stosownym czasie do niego i jest uwzględniana przy ocenie skuteczności certyfikowanego systemu zarządzania.

Proces rozpatrywania skarg uwzględnia wymagania dotyczące zachowania poufności, w odniesieniu do składającego skargę i przedmiotu skargi.

Zakład, razem z certyfikowanym klientem i składającym skargę, rozstrzyga, czy, a jeśli tak jest to w jakim stopniu, przedmiot skargi i jej rozwiązanie powinny być podane do publicznej wiadomości.

**INSTYTUT TECHNIKI GÓRNICZEJ**

ul. Pszczyńska 37, 44 – 101 Gliwice

Zakład Badań Atestacyjnych Jednostka Certyfikująca**PROGRAM CERTYFIKACJI****PC-DBA/10**Wydanie: **4**Data: **30.12.2016**

Strona: 16/16

**SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
zgodny z normą PN-EN ISO 9001:2015-10****10. Opłaty**

Opłaty za czynności związane z certyfikacją systemów zarządzania obejmują następujące koszty:

- opłata wstępna,
- koszty związane z przeprowadzeniem auditu (certyfikującego, nadzoru i ponownej oceny),
- koszty związane z przeprowadzeniem certyfikacji (wydaniem certyfikatu),
- koszty związane z nadzorem nad certyfikatem.

Wysokość kosztów związanych z przeprowadzeniem auditu systemu zarządzania zależy od czasu auditu, wyrażonego w liczbie auditorodni, oraz od kosztów delegacji auditorów wyliczonych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Czas auditu obejmuje czas pracy:

- na miejscu w obiektach klienta oraz czas poza jego obiektami,
- poświęcony na planowanie, przegląd dokumentacji, komunikowanie się z personelem klienta,
- poświęcony na pisanie raportu.

Wysokość kosztów jest przedstawiana klientowi w ofercie. Klient zobowiązuje się do poniesienia wszystkich kosztów związanych z certyfikacją systemu zarządzania jakością przez podpisanie umowy.

Wszystkie opłaty podlegają ustawowemu opodatkowaniu VAT.
