



**QUASAR**  
Systèmes de management

# Demande de services d'enregistrement

Une Division du Groupe CWB

4321 AUTOROUTE DES LAURENTIDES, LAVAL, QC H7L 5W5

Tél: 1-800-844-6790

Télécopieur: 905-542-1318

Courriel : [info@cwbgroupe.org](mailto:info@cwbgroupe.org) Web: [www.cwbgroupe.org](http://www.cwbgroupe.org)

Veuillez compléter et nous retourner par la poste, courriel ou télécopieur.

**Si plus d'un site doit être considéré, SVP indiquer l'emplacement de CHACUN de ces sites sur des FEUILLES SÉPARÉES.**

Raison sociale: \_\_\_\_\_

Adresse postale: \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Adresse de l'installation (si différente): \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Télécopieur: \_\_\_\_\_

Web: \_\_\_\_\_

Personne ressource et titre: \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

1. Avez-vous déjà un enregistrement? Si oui, nom du registraire : \_\_\_\_\_ Date d'expiration du certificat: \_\_\_\_\_ Une copie du certificat actuel est joint  Oui  Non

2. Veuillez cocher la norme pour laquelle vous demander l'enregistrement:

ISO 9001:2015 Si exclusions, SVP spécifier: \_\_\_\_\_

ICCA  ISO 14001:2015  OHSAS 18001:2007  Autre (spécifier): \_\_\_\_\_

3. Fréquence des audits:  Annuelle  Semi-Annuelle

4. Services optionnels:  Réunion préliminaire (généralement 0.5 jour)  Visite d'évaluation sommaire (généralement 1.0 jour)

5a Champ de l'enregistrement – Décrivez les processus et / ou les services que vous voulez inclure dans le champ d'application du système qualité (p. ex., ce que fait votre entreprise)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5b Nommez les unités organisationnelles et / ou fonctionnelles ou les processus que vous voulez exclure, le cas échéant :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5c Les processus et / ou services externalisés, s'il y a lieu : (p. ex., la conception) :

\_\_\_\_\_

6. Est-ce que votre entreprise est soumise à des exigences légales et/ou réglementaires?

Non  Oui (spécifier): \_\_\_\_\_

7a Taille de l'entreprise: \_\_\_\_\_  pi ca  m ca

Nombre d'employés \_\_\_\_\_

7b Langue de préférence:  Français  Anglais Autre : \_\_\_\_\_

8. S'il y a plus d'un quart de travail, veuillez indiquer le nombre d'employés sur chaque quart ainsi que les heures pour chacun.

	Quart 1 (Jour)	Quart 2 (Après-midi)	Quart 3 (Soir)
Heures			
Nombre d'employés			

9. Êtes-vous actuellement un client du CWB ?  Oui  Non Autre affiliation: \_\_\_\_\_

10. Utilisez-vous les services d'un consultant?  Oui  Non

11. Comment avez-vous connu QUASAR?

<input type="checkbox"/> CCN	<input type="checkbox"/> Formation	<input type="checkbox"/> Publicité	<input type="checkbox"/> Consultant	<input type="checkbox"/> Référence
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Autre	SVP Spécifier: _____	SVP Spécifier: _____	SVP Spécifier: _____

Date : \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_