



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@cwbgroup.org Web: www.cwbgroup.org

Veillez 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: _____