辽宁国诚联信认证有限公司

**受审核组织多场所清单**

（□固定多场所/□子证书）

组织名称**（盖章）**：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 多场所名称 | 体系类型（QMS/EMS/OHSMS） | 员工人数 | 详细地址/邮编（分支机构的实际地理地址与注册地址不同时，应分别填写） | 距总部的距离 | 合同期限/开竣工日期 | 产品/服务及活动范围 | 审核抽样 |
| 二阶段/再认证 | 监1 | 监2 |
|  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |

**填表说明：**1、申请子证书的组织，或具有与总部不在同一地址的固定场所（如：分厂/分站、销售网点、服务网点等）及具有固定特征的临时服务场所（如：物业服务、保洁服务、保安服务及XX设备/设施托管、运维服务等）的组织填写此表，固定多场所或子证书的选项方法以“”表示。2、申请组织应**如实填写本表**，我机构一旦确认漏报项目影响审核有效性时，将保留补充审核、暂停或撤销认证证书等措施的权利。3、初次认证/再认证审核方案策划时，认证机构审核方案管理人员应完成本认证周期内审核抽样的策划，抽样的选项方法以“**√**”表示。4、初次认证/再认证审核组长，应将审核抽样与受审核方进行现场确认，并加盖组织公章后提交。

授权代表人（签名）：　　　　　　　　 填报日期：　　　　年　　月　　日