**Angaben zur Erstellung eines Angebotes / Basisdaten**

Wir bedanken uns für Ihr Interesse an den Dienstleistungen der proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft. Mit Ihrer Anfrage erheben wir Informationen zur Erstellung eines individuellen, passgenauen und kostenlosen Angebots. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen behandelt.

**1. Kontaktadresse Kundennummer** (wenn vorhanden)

**Name der Einrichtung**

Straße/Postfach

Land/PLZ/Ort

Internet-Adresse

Rechtsform /   
Aktenzeichen des Registereintrags

**Rechtliche Vertretung**Titel, Vorname, Name

Funktion

Telefon

E-Mail

**Ansprechpartner/in**Titel, Vorname, Name

Funktion

Telefon

E-Mail

**Träger der Einrichtung/ Verband**

Verbandszugehörigkeit  konfessionell  freigemeinnützig  öffentlich  privat

Konfession  katholisch  evangelisch

**Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der Angaben im gesamten Dokument:**

Datum:       Unterschrift der rechtlichen Vertretung:

Name und Funktion in Druckbuchstaben:

*Dieser untere Abschnitt wird jeweils während den Begutachtungen ausgefüllt.*

**Bestätigung der Angaben 1. Jahr**  
Datum, Unterschrift Kunde       Datum, Unterschrift Auditor

**Bestätigung der Angaben 2. Jahr**  
Datum, Unterschrift Kunde       Datum, Unterschrift Auditor

**Bestätigung der Angaben 3. Jahr**Datum, Unterschrift Kunde       Datum, Unterschrift Auditor

**2. Angaben zur Begutachtung**

**Gewünschte Begutachtung nach:**

*- eine Kombination verschiedener Regelwerke ist möglich (Mehrfachauswahl)*

**Bereichsübergreifend:**

DIN EN ISO 9001:2015 A

MAAS-BGW für ISO 9001:2015 A  
 Bitte nennen Sie uns Ihre Mitglieds-Nr. BGW:

**Sozial- und Gesundheitsbereich:**

pCC Krankenhaus für ISO

Qualitätssiegel Palliativbehandlung

**Rehabilitationsbereich (BAR):**

DIN EN ISO 9001 + pCC Reha \* 1  KTQ Rehabilitation \* 1

Diakonie-Siegel medizinische Rehabilitation \* 1  Diakonie-Siegel Vorsorge und Rehabilitation für   
 Mütter/Mutter-Kind \* 1

Diakonie-Siegel Fachstelle Sucht\* 1  CaSu \* 1

deQus \* 1   RehaSpect \* 1

IQMP Reha \* 1  IQMP-kompakt \* 1

MGW Qualitätssiegel

**Bildungsbereich:**

KTK-Gütesiegel

**Sonstige:**

**Ist Ihr QM-System bereits begutachtet?**

Nein  Ja, durch

nach

Zertifikat gültig bis

**Benötigen Sie zusätzlich zum Hauptzertifikat für die Gesamtorganisation weitere Zertifikate?**

Auszugszertifikate für einzelne Standorte - Anzahl

Ein Bereichs-/Abteilungsbezogenes Zertifikat für

**Bei Basis DIN EN ISO 9001:2015: Liegt gemäß Kapitel 4.3 eine Begründung für jede Anforderung vor, die Sie als nicht zutreffend bestimmt haben?**

nein  ja, welche:

**Nur von Organisationen mit mehreren Standorten auszufüllen:**

Verfügt die Organisation über eine Zentrale und mehrere Standorte, die ein einziges Managementsystem betreiben?   
(Ein einziges Managementsystem kann mehrere Regelwerke umfassen.)  nein  ja

Hat die Zentrale die organisatorische Befugnis, das einzige Managementsystem   
einzuführen, zu steuern und fortzuentwickeln?  nein  ja

Unterliegt das einzige Managementsystem der Organisation einer zentralen   
Überprüfung durch die Geschäftsführung?  nein  ja

Unterliegen alle Standorte dem internen Auditprogramm der Organisation?  nein  ja

Umfasst die einheitliche Steuerung des Systems folgende Aspekte: Dokumenten-  
verwaltung, Managementbewertung, Beschwerdemanagement, Bewertung der Korrekturmaßnahmen, zutreffende gesetzliche und behördliche Anforderungen?  nein  ja

Organisationsübergreifende einheitliche Prozesse:

**Liegt ein integriertes Managementsystem der zu begutachtenden Regelwerke vor?**

(nur auszufüllen von Organisationen die nach mehreren Regelwerken begutachtet werden  
z.B. DIN EN ISO 9001:2015 und MAAS-BGW für ISO 9001:2015)  nein  ja

Sind die Prozessvorgaben und sonstige Regelungen der zu begutachtenden   
Regelwerke Bestandteil einer einheitlichen Managementdokumentation?  nein  ja

Liegt eine umfassende Managementbewertung unter Berücksichtigung aller zu  
begutachtenden Regelwerke vor?  nein  ja

Finden integrierte interne Audits mit Berücksichtigung aller zu   
begutachtenden Regelwerke vor?  nein  ja

Werden einheitliche Instrumente / Vorgehensweisen bzgl. aller zu   
begutachtenden Regelwerke genutzt?  nein  ja

**Wann soll Ihre Einrichtung begutachtet werden?**

**Wurden Sie durch eine/n Berater/in unterstützt?**  nein  ja

(z.B. externe Berater, Fachberatung durch Träger, usw.)

Wenn ja, durch wen?

**3. Angaben zum angestrebten Geltungsbereich des Zertifikates** (in räumlicher Hinsicht -nach Standorten in sachlicher Hinsicht -nach Art der Tätigkeiten oder Prozessen):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Hauptstandort (Zentrale):** | **Standort:** | **Standort:** |
| **Straße** |  |  |  |
| **PLZ / Ort** |  |  |  |
| **Zu begutachtende Regelwerke** |  |  |  |
| **Institutionskennzeichen** 1  **(IK-Nummern)** |  |  |  |
| **Rechtliche / vertragliche Bindung zur Zentrale der Organisation**  *(Nur bei Stichprobenverfahren relevant!)* | rechtlich unselbständiger Standort.  rechtlich selbständiger Standort,  wenn ja, durch welche rechtliche Regelung wird die Umsetzung des einzigen MS gewährleistet? | rechtlich unselbständiger Standort.  rechtlich selbständiger Standort,  wenn ja, durch welche rechtliche Regelung wird die Umsetzung des einzigen MS gewährleistet? | rechtlich unselbständiger Standort.  rechtlich selbständiger Standort,  wenn ja, durch welche rechtliche Regelung wird die Umsetzung des einzigen MS gewährleistet? |
| **Geltungsbereich oder Prozesse/Tätigkeiten** (Dienstleistung am Standort) |  |  |  |
| **Zu auditierende Organisationsbereiche** 3 |  |  |  |
| **Schichtdienst/-modell** |  |  |  |
| **Organisationsübergreifende einheitliche Prozesse** |  |  |  |
| **Ausgelagerte Prozesse** |  |  |  |
| **Anz. MA in Leitungsfunktion** |  |  |  |
| **Anz. Mitarbeiter/-innen** |  |  |  |
| **Anz. Mitarbeiter/innen gesamt** |  |  |  |
| **Mitarbeiter/innen gesamt** 4 **(umgerechnet in Vollzeitstellen)** |  |  |  |

**Seite Standorte ²:       /       Für weitere Standorte verwenden Sie bitte diese Seite mehrfach**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Standort:** | **Standort:** | **Standort:** |
| **Straße** |  |  |  |
| **PLZ / Ort** |  |  |  |
| **Zu begutachtende Regelwerke** |  |  |  |
| **Institutionskennzeichen** 1  **(IK-Nummern)** |  |  |  |
| **Rechtliche / Vertragliche Bindung zur Zentrale der Organisation**  *(Nur bei Stichprobenverfahren relevant!)* | rechtlich unselbständiger Standort.  rechtlich selbständiger Standort,  wenn ja, durch welche rechtliche Regelung wird die Umsetzung des einzigen MS gewährleistet? | rechtlich unselbständiger Standort.  rechtlich selbständiger Standort,  wenn ja, durch welche rechtliche Regelung wird die Umsetzung des einzigen MS gewährleistet? | rechtlich unselbständiger Standort.  rechtlich selbständiger Standort,  wenn ja, durch welche rechtliche Regelung wird die Umsetzung des einzigen MS gewährleistet? |
| **Geltungsbereich oder Prozesse/Tätigkeiten (Dienstleistung am Standort)** |  |  |  |
| **Zu auditierende Organisationsbereiche** 3 |  |  |  |
| **Schichtdienst/-modell** |  |  |  |
| **Organisationsübergreifende einheitliche Prozesse** |  |  |  |
| **Ausgelagerte Prozesse** |  |  |  |
| **Anz. Mitarb. in Leitungsfunktion** |  |  |  |
| **Anz. Mitarbeiter/-innen** |  |  |  |
| **Anz. Mitarbeiter/innen gesamt** |  |  |  |
| **Anz. Mitarbeiter/innen gesamt** 4 **(umgerechnet in Vollzeitstellen)** |  |  |  |

Hinweise:

Um Ihnen ein passgenaues Angebot erstellen zu können ist es hilfreich, dass Sie uns weitere Informationen zu Ihrer Einrichtung zukommen lassen, z. B. ein **Organigramm** mit Kennzeichnung der zu begutachtenden Bereiche sowie ggf. vorab eine **Prozesslandkarte** mit Kennzeichnung der Prozesse im angestrebten Geltungsbereich.

Für das Zustandekommen des Vertrages, bitten wir um Ausweis bzw. Darlegung der Vertretungsberechtigung, z.B. mittels **Handelsregisterauszug**.

* **Inhaltsverzeichnis / Übersicht der Dokumentation des Managementsystems, inkl. Unternehmenspolitik und Anwendungsbereich des zu zertifizierenden Managementsystems**
* **Managementreview (Daten gerne geschwärzt)**
* **Prozessübersicht (Prozesslandkarte)**

Zu 3. Nennung der Standorte (als Standorte gelten auch organisatorisch eigenständige Unternehmens- und Leistungsbereiche) die auf dem Zertifikat benannt werden, ggf. weitere vorhandene Nachweise zu der Anzahl und Funktionen der Mitarbeiter.

Erläuterungen zu den Nummerierungen/Fußnoten:

A DAkkS akkreditierte Regelwerke.

\* gekennzeichnete Regelwerke sind von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) anerkannt.

1 Betrifft nur Reha-Einrichtungen: Bitte geben Sie Ihre IK-Nummer zur Meldung Ihrer BAR zertifizierten Einrichtung an die herausgebende Stelle an.

2.Bei mehr als 2 Standorten neben der Zentrale verwenden Sie bitte diese Seite (als Kopiervorlage) oder verwenden Sie „520\_a1 Basisdaten weitere Standorte“.

3.Erläuterung: Planung einer Gesamtzertifizierung der Einrichtung oder Zertifizierung einzelner Bereiche.

4.Erläuterung: Alle Mitarbeiter, umgerechnet in Vollzeitstellen. Für die Kalkulation ist die Ermittlung der Mitarbeiterzahl erforderlich. Entscheidend ist, wie viele Mitarbeiter zum Zeitpunkt des Audits im Geltungsbereich der Zertifizierung unter Vertrag stehen.

**Vollzeitkräfte** sind voll anzurechnen.

**Teilzeitbeschäftigte** sollten wie Vollzeitbeschäftigte einbezogen werden. Abhängig von den geleisteten Stunden kann die Anzahl der Teilzeitbeschäftigten auf eine entsprechende Anzahl Vollzeitbeschäftigter umgerechnet werden. Das heißt, z.B. zwei Halbtagskräfte wie eine Vollzeitkraft zu kalkulieren.

**Honorarkräfte** wie: Dozenten, Lehrkräfte, QMB, usw. müssen mit dem Anteil an Vollzeitbeschäftigte eingerechnet werden.

**Subkontrakter** die im direkten Zusammenhang mit den Haupt- und Kernprozessen stehen (wie z.B. im Krankenhaus: Wäscherei, Reinigung, Sterilisation, Sicherheitspersonal, usw.) müssen mit dem Anteil an Vollzeitbeschäftigte eingerechnet werden.

**Auszubildende** können zu 50% gerechnet werden.

**Fahrpersonal** kann zu 25% gerechnet werden.

**Saisonarbeitskräfte** hier wird die Mitarbeiterzahl auf Grundlage der Beschäftigten zum Zeitpunkt des Audits ermittelt.

**Fremdpersonal**: Dies können Mitarbeiter eines Personaldienstleisters, aber auch Mitarbeiter einer anderen Organisation sein, die ihre Tätigkeit, in der zu auditierenden Organisation nach deren Vorgaben verrichten, sollte einbezogen werden.

Im **Ehrenamt** tätige und **im Betreuungsverhältnis stehende Beschäftigte** (z.B. WfB) sind nicht mit einzurechnen.