|  |  |
| --- | --- |
| **Zurück an:**  ZertSozial GmbH  Heusteigstraße 99  70180 Stuttgart |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns über Ihr Interesse, sich von ZertSozial zertifizieren zu lassen. Um den Aufwand für das Zertifizierungsverfahren so angemessen wie möglich zu halten, brauchen wir von Ihrer Organisation für die Erstellung eines Kostenvoranschlags detaillierte Informationen. Vielen Dank für Ihre Mühe beim Beantworten der nachstehenden Fragen.

Mit freundlichen Grüßen

*Die Zertifizierungsstelle von ZertSozial*

**Einzelverfahren  Mehrfachstandorteverfahren**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Trägers** |  |
| **Ansprechpartner (mit Funktion)** |  |
| **PLZ, Ort, Straße, Nr.** |  |
| **Telefon** |  |
| **Mailadresse** |  |
| **Homepage** |  |

**Bei Einzelverfahren:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name der Einrichtung** |  |
| **Ansprechpartner (mit Funktion)** |  |
| **Anschrift** |  |
| **Telefon** |  |
| **Mailadresse** |  |
| **Homepage** |  |
| **Anzahl Mitarbeitende** |  |
| **Vollzeitäquivalenzkräfte\*** |  |

\* Summe aller Stellen/übliche Wochenarbeitszeit (z.B. 280h/38,5h = 7,3)

**Wenn Mehrfachstandorteverfahren, bitte die Standorte auf der letzten Seite (Anlage) eintragen!**

**Angestrebtes Zertifikat:** (bitte ankreuzen)

ISO 9001

AZAV (Arbeitsförderung) siehe separates Antragsformular

KTK (Kath. Kitas)

BAR

Geriatrie

AWO

Parität

GSB-Verein

AWO-Tandem

Diakoniesiegel:

Evangelisches Gütesiegel BETA

SET (Demenzerkrankte)

Schmerzmanagementsystem

Paritätisches Qualitäts-Siegel

MGW-Siegel

**Angestrebter Zertifizierungstermin:**

**Bei Rezertifizierungen – Ende der Laufzeit des Zertifikats:**

**Nicht anwendbare Normforderungen:**  Nein  Ja: bitte benennen (z.B. ISO 9001: 8.5.5 Tätigkeiten nach der Lieferung)

**Prozesse / Dienstleistungen werden fremdvergeben:**  Nein  Ja: bitte benennen (z.B. Brandschutz, Speisenversorgung, Verwaltung)

**Externe Beratung zum QM-System:**  Nein.  Ja: Unsere Organisation wurde für den Aufbau und die Weiterentwicklung der QM-Dokumentation und der Prozesse unserer Organisation oder die Vorbereitung auf das Zertifizierungsaudit innerhalb der letzten zwei Jahre beraten von:

**Externe Begleitung bei internen Audits:**  Nein.  Ja: Unsere Organisation wurde durch einen externen Berater bei der Durchführung interner Audits innerhalb der letzten zwei Jahre begleitet von:

**Angestrebter Anwendungsbereich des Zertifikats:**

gesamte Organisation/Einrichtung oder

folgende Teilbereiche:

      (z.B. Pflege, Diagnostik, Bildung, Erziehung, Therapie)

**Sonstiges:**

\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift (auch digital od. “gez.“) der/des Bevollmächtigten

**Anlage**

Bitte hier die Standorte und Mitarbeiterzahlen eintragen, wenn es sich um mehr als einen Standort handelt:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name der Einrichtung/Organisation/Gruppe/Einheit** | **Adresse** | **Anzahl der Einheiten / Gruppen etc.** | **MA-insgesamt** | **Vollzeit-stellen** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |