|  |  |
| --- | --- |
| **Zurück an:** ZertSozial GmbHHeusteigstraße 9970180 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** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |