

**Załącznik nr P13/Z04****WNIOSEK  
O CERTYFIKACJĘ QAFP**

Nr wydania: 1

Data wydania: 01.02.2024

Strona: 1 z 4

eCO<sub>2</sub> sp. z o.o., ul. Towarowa 9/101, 10-416 Olsztyn, NIP: 7393982534, Regon: 525023813Pieczęćka wpływowa  
(elektroniczna)**1. Dane wnioskującego.**

Imię (imiona)/Nazwa		Nazwisko	
NIP		E-mail	Tel.
PESEL			
Numer ARiMR			

**1.1 Miejsce zamieszkania.**

Miejscowość		Ulica		Numer domu	
Numer mieszkania		Poczta		Kod pocztowy	

**2. Rodzaj działalności (obszar): (proszę zaznaczyć właściwe wstawiając symbol „x” w polu: „Tak” lub „Nie”).**

Produkcja zwierzęca.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Ubój.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Rozbiór.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Przetwórstwo.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Produkcja konserw.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Dystrybucja.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

**3. Zakres certyfikacji.**

Lp.	Zakres certyfikacji (tytuł zeszytu branżowego)	Rodzaj/nazwa produktu	Wielkość rocznej planowanej produkcji/przetwarzania (szt.)/(t)	Uwagi/dodatkové wyjaśnienia Wnioskującego

#### 4. Nazwa poprzedniej Jednostki Certyfikującej.

	NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/>
--	---

#### 5. Załączniki do Wniosku.

5.1 Zlecone podwykonawstwo (P13/Z25).	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/>
5.2 Wykaz członków Grupy producentów i /lub wykaz oddziałów.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/>
5.3 Wyniki badań wyrobów zgłoszonych do certyfikacji potwierdzających spełnienie wymagań Systemu QAFP.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/>
5.4 Umowa o certyfikację (P13/Z02).	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	X
5.5 Pełnomocnictwo ogólne QAFP (P13/Z06).	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/>
5.6 Roczne plany produkcji i przetwarzania QAFP (P13/Z24)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/>
5.7 Dowód wpłaty I raty - (opłata podstawowa).	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	X
5.8 Inne dokumenty: .....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/>

#### 6. Dane Doradcy Rolnośrodowiskowego.

6.1 Uczestnik systemu współpracuje z doradcą rolnośrodowiskowym.			TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Imię		Nazwisko		
Tel.		E-mail		

#### 7. Informacje odnośnie innej działalności, w tym podejmowanej za pomocą środków porozumiewania się na odległość oraz miejsca pod kontrolą Wnioskującego.

	Nie dotyczy	<input type="checkbox"/>
Opis rodzaju działalności		

Potwierdzam, że wszystkie informacje podane we „Wniosku o certyfikację QAFP” i wskazanych załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym i moją wiedzą. Jednocześnie zobowiązuje się do aktualizacji tych dokumentów niezwłocznie w sytuacji, gdy nastąpi zmiana zamieszczonych w nich informacji.

Wyrażam zgodę Jednostce certyfikującej eCO<sub>2</sub> sp. z o.o. do udostępniania moich danych kontaktowych (imię, nazwisko, numer telefonu, adres e-mail) zainteresowanym zakupem produktów wytworzonych w mojej jednostce produkcyjnej.

TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------------

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Jednostkę eCO<sub>2</sub> drogą elektroniczną, na adres e-mail i numer telefonu podany w punkcie 1 tego Wniosku, korespondencji dotyczących procesu certyfikacji, a w szczególności: decyzji pokontrolnych QAFP, faktur, certyfikatów, wszelkich pism związanych z realizacją tego procesu. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na, iż korespondencja przekazywana drogą elektroniczną, będzie uznana ze skutkiem doręczenia, na co wyrażam zgodę.

TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------------

Wyrażam zgodę na przekazywanie w formie elektronicznej lub papierowej korespondencji dotyczących procesu certyfikacji, w tym decyzji pokontrolnych QAFP Doradcy Rolnośrodowiskowemu, który został wskazany w pkt. 6. tego Wniosku.

TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------------

Zobowiązuję się do wniesienia opłaty zgodnie z obowiązującym cennikiem dotyczącym Systemu QAFP, zamieszczonym na stronie internetowej Jednostki certyfikującej eCO<sub>2</sub> sp. z o.o.: [www.eco2cert.pl](http://www.eco2cert.pl), tym samym, także do opłacenia składki uczestnictwa w Systemie, której wysokość zostaje określona i upubliczniona przez Administratora Systemu i w kalkulowana w koszty certyfikacji przez Jednostkę Certyfikującą. Jednocześnie potwierdzam, że w przypadku braku wniesienia opłaty Jednostka może jednostronnie wypowiedzieć zawartą między nami Umowę o certyfikację w systemie QAFP.

Zobowiązuję się do udostępniania w toku kontroli prowadzonych w moim gospodarstwie, wszystkich części gospodarstwa oraz prowadzonej dokumentacji dotyczącej produkcji, zakupów i sprzedaży.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli oraz pobór próbek do badań w mojej jednostce produkcyjnej na zgodność prowadzonej produkcji zgodnie z Programem Certyfikacji w Systemie QAFP przez eCO<sub>2</sub>.

Wyrażam zgodę, by osoby reprezentujące upoważnione zewnętrzne jednostki nadzorujące eCO<sub>2</sub> mogły uczestniczyć w kontrolach prowadzonych w mojej jednostce produkcyjnej przez Jednostkę.

Jednostka eCO<sub>2</sub> jest odpowiedzialna za zachowanie poufności przez osoby działające w jego imieniu odnośnie informacji, z jakimi zapoznali się w związku z realizacją procesu certyfikacji.

Wyrażam zgodę na wykonywanie badań laboratoryjnych przez podwykonawców Jednostki eCO<sub>2</sub>.

Zgłaszający ma prawo do wglądu i poprawiania swoich danych osobowych, których administratorem jest eCO<sub>2</sub> sp. z o.o. (Administrator).

Data i czytelny podpis Wnioskodawcy/pełnomocnika Wnioskodawcy/osoby uprawnionej	Data	Imię i nazwisko
---	------	-----------------

#### Oświadczenia:

Dane osobowe Klienta są przetwarzane przez Administratora:

- w celu podjęcia działań przed zawarciem umowy oraz w celu realizacji umowy (prowadzenia procesu certyfikacji w systemie QAFP),
- w pozostałych celach związanych z prowadzoną przez Jednostkę certyfikującą eCO<sub>2</sub> sp. o.o. działalnością gospodarczą, dochodzenia roszczeń z tytułu tej działalności,
- na podstawie zgody – wyłącznie w celu wskazanym w treści udzielonej przez Uczestnika systemu zgody.

Wyrażam zgodę Administratorowi Danych Osobowych na przekazywanie informacji handlowej, w celach marketingowych.

Data i czytelny podpis Wnioskodawcy /pełnomocnika Wnioskodawcy /osoby uprawnionej	Data	Imię i nazwisko
---	------	-----------------

#### Tę część wypełnia pracownik Jednostki certyfikującej:

Imię i Nazwisko osoby dokonującej przeglądu kompletności i prawidłowości wypełnienia		Podpis	Stwierdzenie kompletności i prawidłowości wypełnienia	Tak	Nie
Stwierdzone braki i czynniki ryzyka	1.				
	2.				
	3.				
Data uzupełnienia braków i/lub usunięcia nieprawidłowości wypełnienia		Podpis	1.	2.	3.
Imię i nazwisko osoby dokonującej przeglądu i oceny ryzyka		Podpis			
Ocena ryzyka					
Wskazanie obszarów ryzyka	1.		2.		