



Załącznik nr P12/Z18

**WNIOSEK  
O ROZSZERZENIE  
CERTYFIKATU QMP**

Nr wydania: 1

Data wydania: 01.02.2024

Strona: 1 z 3

eCO<sub>2</sub> sp. z o.o., ul. Towarowa 9/101, 10-416 Olsztyn, NIP: 7393982534, Regon: 525023813

Pieczętka wpływowa  
(elektroniczna)

**1. Dane wnioskującego.**

Imię (imiona)/Nazwa		Nazwisko	
NIP		E-mail	Tel.
PESEL		Numer Klienta	
Numer ARiMR		Numer weterynaryjny	
Numer sanitarny (jeśli dotyczy)			

**1.1 Miejsce zamieszkania.**

Miejscowość		Ulica		Numer domu	
Numer mieszkania		Poczta		Kod pocztowy	

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

Przetwórstwo mięsa.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Transport zwierząt.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Produkcja żywca wołowego.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Przetwórstwo pasz.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

**3. Zakres rozszerzenia.**

Lp.	Rodzaj/nazwa produktu	Ilość	Powód złożenia wniosku

#### 4. Załączona dokumentacja.

Lp.	Nazwa dokumentu	TAK	NIE
1	Plan poprawy dobrostanu zwierząt - <b>Załącznik obligatoryjny</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Plan/ny obiektów przeznaczonych do chowu i/lub hodowli bydła z wyszczególnionymi powierzchniami kopców, i wybiegów dla niego przeznaczonych oraz liczbą zwierząt <b>(Wyłącznie w przypadku braku planu poprawy dobrostanu zwierząt).</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	IRZ – aktualny <b>(najlepiej w formie pliku CSV przesłany e-mailem)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Inne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Inne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Potwierdzam, że wszystkie informacje podane we „Wniosku o rozszerzenie certyfikatu QMP” 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	NIE
<input type="checkbox"/>	<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, 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	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zobowiązuję się do wniesienia opłaty zgodnie z obowiązującym cennikiem dotyczącym Systemu QMP, zamieszczonym na stronie internetowej Jednostki certyfikującej eCO<sub>2</sub> sp. z o.o.: [www.eco2cert.pl](http://www.eco2cert.pl). Jednocześnie potwierdzam, że w przypadku braku wniesienia opłaty Jednostka może jednostronnie wypowiedzieć zawartą między nami Umowę o certyfikację w systemie QMP.

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 QMP 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 QMP),
- 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
---	------	-----------------

**Deklaracja:**

Zobowiązuję się do uiszczenia w terminie 7 dni od daty wystawienia faktury/rachunku, opłaty za uczestnictwo w systemie QMP na rzecz Administratora Systemu, którym jest Polskie Zrzeszenie Producentów Bydła Mięsnego (PZPBM), zgodnie z aktualnym cennikiem dostępnym na stronie internetowej [qmpsystem.eu](http://qmpsystem.eu) w zakładce „jestem rolnikiem”.

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.		