

	Załącznik nr P14/Z19	
	WNIOSEK O ROZSZERZENIE CERTYFIKATU PQS	Nr wydania: 1
		Data wydania: 15.10.2025
		Strona: 1 z 3
eCO ₂ sp. z o.o., ul. Towarowa 9/101, 10-416 Olsztyn, NIP: 7393982534, Regon: 525023813		

Pieczęćka wpływowa

1. Dane wnioskującego.

Imię (imiona)/Nazwa											Nazwisko											
NIP												E-mail										
PESEL												Numer telefonu										
Numer ARiMR/ numer weterynaryjny gospodarstwa											Numer Klienta	PL-PQS/...../20..... (wypełnia pracownik Jednostki Certyfikującej eCO₂)										

1.1 Adres zamieszkania.

Miejscowość		Ulica		Numer domu	
Numer mieszkania		Poczta		Kod pocztowy	

2. Rodzaj działań i produktów objętych certyfikacją (proszę zaznaczyć właściwe wstawiając symbol „x” w polu: „Tak” lub „Nie”):

2.1. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI (OBSZAR)		
Produkcja zwierzęca	TAK ☐	NIE ☐
Ubój	TAK ☐	NIE ☐
Rozbiór	TAK ☐	NIE ☐
Przetwórstwo	TAK ☐	NIE ☐
Dystrybucja	TAK ☐	NIE ☐

3. Zakres rozszerzenia – prowadzony zgodnie z wymaganiami Systemu PQS.

Lp.	Rodzaj/nazwa produktu	Liczba (szt.)/ilość (t)	Powód złożenia wniosku

4. Załączona dokumentacja.

Lp.	Nazwa dokumentu	Dodatkowe wyjaśnienia

Potwierdzam, że wszystkie informacje podane we „Wniosku o rozszerzenie certyfikatu PQS” 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.

TAK	NIE
☐	☐

Wyrażam zgodę Jednostce certyfikującej eCO₂ 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
☐	☐

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Jednostkę eCO₂ 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
☐	☐

Zobowiązuję się do wniesienia opłaty zgodnie z obowiązującym cennikiem dotyczącym Systemu PQS, zamieszczonym na stronie internetowej Jednostki certyfikującej eCO₂ sp. z o.o.: www.eco2cert.pl. Jednocześnie potwierdzam, że w przypadku braku wniesienia opłaty Jednostka może jednostronnie wypowiedzieć zawartą między nami Umowę o certyfikację w systemie PQS.

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 oraz wykonywanie pomiarów środowiska w mojej jednostce produkcyjnej na zgodność prowadzonej produkcji zgodnie z Programem Certyfikacji w Systemie PQS przez eCO₂.

Wyrażam zgodę, by osoby reprezentujące upoważnione zewnętrzne jednostki nadzorujące eCO₂ mogły uczestniczyć w kontrolach prowadzonych w mojej jednostce produkcyjnej przez Jednostkę.

Jednostka eCO₂ jest odpowiedzialna za zachowanie poufności przez osoby działające w jego imieniu odnośnie informacji, z jakimi zapoznają się w związku z realizacją procesu certyfikacji.

Wyrażam zgodę na wykonywanie badań laboratoryjnych przez podwykonawców Jednostki eCO₂.

Zgłaszający ma prawo do wglądu i poprawiania swoich danych osobowych, których administratorem jest eCO₂ 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 PQS),
- w pozostałych celach związanych z prowadzoną przez Jednostkę certyfikującą eCO₂ 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.

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.		