**IFS Broker Unternehmensfragebogen -   
(bitte für jeden Standort einzeln Ausfüllen)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unternehmensname\***  (inkl. Rechtsform lt. Handelsregister) |  | | | | | | | |
| Straße:\* |  | | | | | | | |
| PLZ Ort:\* |  | | | | | | | |
| QMB/Ansprechpartner:\* |  | | | | | | | |
| Gesetzlicher Vertreter: |  | | | | | | | |
| Telefon:\* |  | Fax: |  | | | Ust-ID  (VAT):\* |  | |
| 24/7 Notfallnummer:\* |  |
| Handelsregisternummer: \* |  | | | | | | | |
| Standortnummer (GLN / ILN / UPC): |  | | | | | | | |
| Registrierungsnummer Lebensmittelunternehmen oder Veterinärkontrollnummer: \* |  | | | | | | | |
| Homepage: |  | E-Mail:\* | | |  | | | |
| Verantwortlich für den Inhalt des Fragebogens (Name): |  | | | | | | | |
| Kontaktperson :\* |  | | | | | | | |
| \*Pflichtangaben | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Zu auditierende Betriebsstätte** | **offizielle Firmierung (falls abweichend)** | | | | | | | |
| **Standortname\***  (inkl. Rechtsform lt. Handelsregister) |  | | | | | | | |
| Straße:\* |  | | | | | | | |
| PLZ Ort:\* |  | | | | | | | |
| QMB/Ansprechpartner:\* |  | | | | | | | |
| Gesetzlicher Vertreter: |  | | | | | | | |
| Telefon:\* |  | Fax: | |  | | Ust-ID  (VAT):\* | |  |
| 24/7 Notfallnummer:\* |  |
| Handelsregisternummer:\* |  | | | | | | | |
| Standortnummer (GLN / ILN / UPC): |  | | | | | | | |
| Registrierungsnummer Lebensmittelunternehmen oder Veterinärkontrollnummer: \* |  | | | | | | | |
| Kontaktperson :\* |  | | | | | | | |

\*Pflichtangaben

|  |  |
| --- | --- |
| Vorhandene weitere Zertifizierungen: |  |
| Ziel- und Alternativtermin für die Zertifizierung: |  |
| Gewünschte Auditsprache: |  |
| Gewünschte Berichtssprache(n): |  |
| Gewünschte Zertifikatssprache(n) |  |
| In welcher Sprache liegt Ihre Dokumentation vor (Deutsch, …) |  |
| **Gewünschter Geltungsbereich** | |
| Vorgesehener Geltungsbereich/Scope in lokaler Sprache |  |
| Vorgesehener Geltungsbereich/Scope in englischer Sprache |  |
| Gibt es Anforderungen Ihrer Kunden? Geben Sie diese Kunden bitte an: |  |
| Welche ausgelagerten Prozesse gibt es für welche Produkte? Wer führt diese aus? |  |
| Schließen Sie Produkte oder Prozesse aus? | Ja  Nein |
| Falls ja, welche |  |
|  | |
| **Standortdaten: Mitarbeiter / Aktivitäten** | |
| |  |  | | --- | --- | | **Anzahl der Mitarbeiter gesamt (inkl. Verwaltung):** |  | | Mitarbeiter in Geschäftsführung/Management/Verwaltung: |  | | Weitere feste Mitarbeiter: |  | | davon Vollzeit: |  | | davon Teilzeit: |  | | Setzen Sie Freelancer ein? Anzahl (max. Zahl im Jahr)? |  | | Zeitarbeiter / Aushilfen |  | | **Schichtarbeit:** | Ja  Nein | | Falls ja, Anzahl Schichten und Mitarbeiter pro Schicht: |  | | Saisonale Pausen in der Aktivität über ≥1 Woche? Welche? |  | | Anzahl der HACCP-/Risiko-Studien: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zusätzliche Informationen zu IFS Broker Tätigkeiten** | **Beschreibung der angebotenen Dienstleistungen und zugeordneten Produktgruppen.** |
| 1. Lebensmittel, Heimtiernahrung |  |
| 2. Kosmetik, chemische Haushaltsprodukte, Haushaltsgegenstände für den Lebensmittelkontakt, Hygieneprodukte |  |
| 3. Verpackungsmaterialien |  |
| Andere angebotene Services (z.B. Entwicklung und Vermittlung von Dienstleistungen, etc.) |  |
| Umsatzvolumen in Tonnen pro Jahr oder Monat |  |
| Führen Sie Produktentwicklungen durch, oder begleiten Sie Produktentwicklungen? |  |
| Vertreibt Ihr Unternehmen eigene Marken, oder umfasst Ihr Geschäft Handelsmarken oder Marken fremder Rechteinhaber? |  |
| Führen Sie zusätzlich auch selbst logistische Prozesse unter eigener Firmierung durch?  Hierzu gehören z.B. Logistik, Kommissionierung, „value added services“. |  |
| Existieren noch weitere Standorte bzw. Außenstellen? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bemerkungen:** | | |
|  | | |
| **Einverständniserklärung Versand Auditunterlagen an unternehmensfremde Personen:** | | |
| Wir ermächtigen die 1st Solution CTC GmbH zum Versand unser Unternehmen betreffender Auditunterlagen an folgende, nicht unserem Unternehmen zugehörige Personen: | |  |
| **Datenschutzhinweis** | | |
| Unsere Datenschutzhinweise finden Sie unter https://www.1sctc.com/imprint-gdpr (DE) und https://www.1sctc.com/en/imprint-gdpr (EN). Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner Informationen bei der 1st Solution CTC GmbH zu. | | |
| Name: |  | |
| Datum: |  | |
| **Unterschrift und Stempel:** |  | |