**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- undAlternativtermin 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:** |  |