QAC-TB08-表-01

项目编号：_____

食品安全管理体系相关信息及要求（申请方填写）

1．申请方名称：_____

2．申请方的食品安全管理体系开始实施日期：_____年_____月_____日

3.申请认证的食品安全管理体系所涉及的产品及过程（请说明场所、车间、产品之间关系）

：_____

4.食品安全管理管理体系覆盖人数如与基本信息中数据不同，请注明：_____

5．食品安全管理体系联系人信息如与基本信息中不一致，请填写：

联系人	姓名	部门及职务	电话	手机	电子邮箱

6．生产场所生产安排情况（如存在多场所，请填写“管理体系认证范围内常设多场所清单”，并填写每个场所生产安排情况）

生产地址		相关资质清单	□有（请提供） □无	资质有效期		HACCP数量	
车间名称			产品名称	生产线数量、生产班次	生产月份（如果是季节性产品，请填写可看到全过程生产的月份）		

7．认证申请方是否存在影响产品最终安全性的外包过程？　　□否　　□是

外包过程内容：　　；外包方（受委托方）：_____

受审核方对外包过程的管理控制是否在文件中充分描述？　　□否　　□是

外包方是否通过食品安全体系认证或HACCP认证？□否　　□是；证书编号：_____

8．近两年内是否发生过重大食品安全事故？

□否　　□是　　具体情况说明：_____

9．是否聘请过顾问或咨询机构来指导建立食品安全管理体系？

□否　　□是　　咨询机构名称及咨询人员姓名：_____

10．是否已获得QAC颁发的其他管理体系证书？　　□否　□是 证书编号：_____

11．是否已获得其他认证机构颁发的食品安全管理体系认证证书？

□否　□是（请附证书复印件）原颁证机构名称：_____

12．如已获得其他认证机构颁发的食品安全管理体系认证证书，证书处于下列哪种状态？

□有效　□暂停　□撤销

13．是否希望进行结合审核？　　□是　　□否

14．希望在什么时候进行认证审核？　　____年____月_____

旬（审核时间应与申请范围中产品的生产季节相匹配，应确保审核组看到产品生产的全过程）

15．其他要求：

随申请书提供下列资料

1．《营业执照》、《组织机构代码证》等申请组织法律地位的证明文件的复印件；

2．如适用，已取得的相关法规规定的行政许可等文件的复印件（如“QS”证书、餐饮生产许可证、出口企业备案证明、保健品批件等）；

3．现行有效版本的食品安全管理体系文件，应包括：

□ 食品安全方针、目标、组织机构图、职责说明、食品安全小组成员名单；

□ HACCP计划文件，包括：产品描述、加工步骤描述、经食品安全小组确认的工艺流程图、危害分析工作单、HACCP计划、食品添加剂清单（如果涉及请提供）等；

□ 前提方案与操作性前提方案；

□ 标准要求的程序文件(包括文件控制、记录控制、监视结果超出关键限值时采取的措施、纠正和纠正措施、潜在不安全产品的处置、撤回、内部审核及验证等)；

□ 食品安全管理体系运行中所应遵守的法律、法规文件标准（如有产品出口应提供目的国的相关法规、标准）清单；

□ 厂区位置图、平面图；加工车间平面图（标注人流、物流、气流、水流、虫害控制措施布局，可分别标注）；

□ 产品执行企业标准时，提供加盖当地政府标准化行政主管部门备案印章的产品标准文本；

□ 生产、加工主要设备清单和检验设备清单；

□ 承诺遵守法律法规、认证机构要求；提供材料真实性的自我声明；建立通报制度，及时将可能影响证书有效的信息通报给认证机构；

□ 一年内的由有资质的的第三方出具的对产品和生产用水的检测报告；

□ 如存在食品生产外包，需另附说明外包单位情况及其获得的HACCP或食品安全管理体系认证证书复印件。

4．认证机构要求补充提供的其他材料。

申请方公章：

年　　月　　日

食品添加剂使用清单

企业名称（公章）:

联系人：　　联系电话：　　填报日期：

食品名称	添加剂名称	有效成分及比例	用途（复合添加剂填写此项）	国产/进口	生产企业名称	生产许可证号	执行标准号	认证企业产品中最大使用量

1、自我声明中有使用食品添加剂的组织需填写

2、“添加剂类别“是指GB2760标准中规定的食品添加剂类别

3、“执行标准号”是该食品执行的国家、行业或企业标准代号

评审内容（认证机构填写）

- **对认证基本要求的核实**

本人已核实申请方所有资料的真实性，确认申请方与认证机构在理解上的差异已解决，申请方对认证的各项要求已明确理解，认证机构可满足申请方的认证时间要求，决定受理认证申请。

合同员：　　年　　月　　日

- **认证申请评审**

1．申请资料和内容齐全有效 ？　☐是　　☐否
2．认证业务范围描述是否准确？ ☐是　　☐否，建议修改为：_____
_____
3．建议认证业务范围涉及的专业代码：_____
4．是否已明确组织活动范围内的主要涉及食品安全的危害及影响？☐是 ☐否
5．是否是多体系结合审核： ☐是　　☐否
6．审核人日数：初审_____人日　　监督_____ 人日

负责人：　　年　　月　　日

- **评审确认意见**

1．审核人日数确认：初审_____人日　　监督_____ 人日
2．认证业务范围确认： ☐是　　☐否，修改意见：_____
3． 专业代码确认：_____
____
4．一阶段是否需要实施现场认证审核确认： ☐是 ☐否
5．评审结论： ☐受理　　☐不受理

中心审核项目管理人员：　　年　　月　　日