|  |  |
| --- | --- |
| Date : |       |

|  |
| --- |
| IDENTIFICATION DE L’ENTREPRISE |
| Nom légal de l’entreprise : |       |
| Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) : |       |
| Adresse du site principal à certifier : | Adresse :      Ville :      Province :      Code postal :       |
| Téléphone au bureau : |       |
| Site internet de l’entreprise : |       |
| Nom du principal dirigeant : |       |
| Adresse courriel du dirigeant :  |       |
| Nom du responsable du système : |       |
| Titre du responsable du système : |       |
| Téléphone du responsable du système :  |       | Cellulaire :       |
| Adresse courriel du responsable du système : |       |

**Veuillez cOCHEr LE RÉFÉRENTIEL VISÉ PAR LA CERTIFICATION**

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]**  | ISO 9001 Systèmes de management de la qualité – Exigences |
| **[ ]**  | ISO 14001 Systèmes de management environnemental – Exigences et lignes directrices pour son utilisation |
| **[ ]**  | ISO 45001 Systèmes de management de la santé et de la sécurité au travail – Exigences et lignes directrices pour leur utilisation |
| **[ ]**  | ISO 50001 Systèmes de management de l'énergie – Exigences et recommandations de mise en œuvre |

**PrÉcisez L’ÉchÉancier souhaitÉ**

|  |  |
| --- | --- |
| Documentation du système en place : | **[ ]** Oui **[ ]** NonSi non, date approximative ciblée :   |
| Système implanté et mis en œuvre :  | **[ ]** Oui **[ ]** NonSi non, date approximative ciblée :   |
| Évaluation préliminaire (étape 1, seulement si audit initial) : | **Date approximative :**   |
| Audit de certification (date de la visite) : | **Date approximative :**   |
| Avez-vous une date butoir pour l’obtention du certificat ?*(ex. : exigence stricte d’un client, fin d’un programme de subvention)* |    |

**NOTE :** Veuillez noter qu’il est possible que nous ne puissions pas réaliser les activités aux dates souhaitées en raison de la disponibilité des ressources, mais soyez assurés que nous mettrons tout en œuvre pour répondre à votre demande.

| **Renseignements** **GÉNÉRAUX** |
| --- |
| Type de demande :  | **[ ]**  | Certification initiale |
| **[ ]**  | Transfert d’une certification en vigueurOrganisme de certification :       |
| Seriez-vous intéressé par des audits complétés partiellement à distance ?*NOTE : Sujet à l’évaluation du responsable de programmepour la faisabilité.* | **[ ]** Oui**[ ]** Non |
| Énumérez les types/familles de produits que vous fabriquez :*NOTE* : *Une famille de produits correspond aux produits ayant des processus ou technologies en communs* |       |
|       |
| Si vous ne fabriquez pas de produits, décrivez la nature de vos opérations (ex. : entreposage de produits secs, service de nettoyage de vêtements, etc.) : |       |
| Énumérez les processus externalisés : |       |
| Nombre total d’employés permanents : | Bureau :  | Opération :  |
| Nombre total de sous-traitants : | Bureau :  | Opération :  |
| Est-ce que des activités se déroulent à l’extérieur du site principal ? (ex. : entreposage externe)Si oui, veuillez indiquer le nom, l’adresse et le nombre d’employés pour chaque site :*NOTE : Au besoin, joindre un document pour y documenter la totalité des sites* | [ ]  | Oui | **[ ]**  | Non |
| Nom du site :  | Adresse :  | Nombre d’employés :  |
| Nom du site :  | Adresse :  | Nombre d’employés :  |
| Nom du site :  | Adresse :  | Nombre d’employés :  |
| Nom du site :  | Adresse :  | Nombre d’employés :  |
| Avez-vous une production saisonnière ?Si oui, précisez la période de l’année où elle se tient : |  |
| Nombre total d’employés saisonniers : | Bureau :  | Opération :  |
| Langage souhaité pour l’audit : | **[ ]**  | Français | **[ ]**  | Anglais |
| Votre documentation de système est en : | **[ ]**  | Français | **[ ]**  | Anglais |
| Détenez-vous des accréditations/des certifications actuellement ?(ISO/IEC 17025, ISO 9001, ISO 14001, etc.)Si oui, selon quelle(s) norme(s) ?Quel est votre organisme d’accréditation/de certification ?Seriez-vous intéressé à être contacté par un représentant du BNQ pour analyser les différentes options d’accréditation/de certification ? | **[ ]** Oui **[ ]** Non**[ ]** Oui **[ ]** Non |
| Avez-vous bénéficié de l’aide d’un consultant pour l’implantation et la mise en œuvre de votre système ?(Nom et entreprise) : |  |
| Comment avez-vous entendu parler du BNQ ? | **[ ]** Site web BNQ**[ ]** Consultant**[ ]** Réseaux sociaux (ex. LinkedIn)**[ ]** Publicité**[ ]** Autre : |

Veuillez retourner ce formulaire dument rempli à la personne ci-dessous mentionnée et n’hésitez surtout pas à communiquer avec nous pour tout renseignement complémentaire.

|  |  |
| --- | --- |
| Nancie CarrièreTechnicienne aux ventesCourriel : nancie.carriere@invest-quebec.comTél. : 418 425-1676 | Section réservée au BNQ : Le présent formulaire a été revu par le responsable de programme :      Date :       |