**PRZEGLĄD DOKUMENTACJI JEDNOSTKI WERYFIKUJĄCEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa jednostki: |  |
| Ulica, nr: |  | Kod, miasto: |  |

| **PN-EN ISO/IEC 17029:2020-04** | Identyfikacja dokumentu jednostki weryfikującej związanego z wymaganiem (nazwa, rozdz., punkt)(wypełnia jednostka weryfikująca) | **WYNIK PRZEGLĄDU DOKUMENTACJI**(wypełnia auditor PCA zgodnie z zakresem oceny) |
| --- | --- | --- |
| *Opis ma formę uproszczoną.* *Szczegóły wymagań znajdują się w tekście dokumentów odniesienia.* | Spełnienie wymagania | Niezgodności / spostrzeżenia[[1]](#footnote-1) |
| TAK | NIE |
| **5.** | **Wymagania ogólne** | ------- |  |  |  |
| **5.1** | **Osobowość prawna** |  |  |  |  |
| **5.2** | **Odpowiedzialność za oświadczenia weryfikacyjne** Odpowiedzialność i uprawnienia do wydanych oświadczeń weryfikacyjnych |  |  |  |  |
| **5.3** | **Zarządzanie bezstronnością** |  |  |  |  |
| 5.3.3, 5.3.4 | Identyfikacja, eliminowanie, minimalizowanie i monitorowanie zagrożeń dla bezstronności |  |  |  |  |
| 5.3.6 | Publicznie dostępne zobowiązanie odnoszące się do bezstronności |  |  |  |  |
| 5.3.8 | Zagrożenia dla bezstronności w procesie weryfikacji dla tego samego klienta |  |  |  |  |
| 5.3.10 | Nieoferowanie weryfikacji w przypadkach stanowiących niedopuszczalne zagrożenie dla bezstronności |  |  |  |  |
| 5.3.11 | Nieoferowanie weryfikacji w powiazaniu z organizacjami świadczącymi usługi konsultacyjne |  |  |  |  |
| 5.3.12 | Podejmowanie działań w przypadku informacji o powiązaniach z organizacją konsultującą |  |  |  |  |
| 5.3.13 | Podejmowanie działań w reakcji na zagrożenie dla bezstronności |  |  |  |  |
| **5.4** | **Zobowiązania** |  |  |  |  |
| **6.** | **Wymagania dotyczące struktury** | ------- |  |  |  |
| **6.1** | **Struktura organizacyjna i najwyższe kierownictwo** | ------- |  |  |  |
| 6.1.16.1.2 | Struktura i zarządzanie umożliwiające prowadzenie działań i zapewnienie bezstronności |  |  |  |  |
| 6.1.3. | Dokumentowanie struktury organizacyjnej, obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień personelu |  |  |  |  |
| 6.1.4 | Uprawnienia i odpowiedzialność najwyższego kierownictwa jednostki weryfikującej za:a) opracowanie polityk oraz ustanowienie procesów dotyczących jej działalnościb) nadzór nad wdrożeniem polityk i procesówc) zapewnienie bezstronnościd) nadzór nad jej finansamie) opracowanie działań weryfikacyjnych i wymagań dotyczących weryfikacjif) prowadzenie działań weryfikacyjnychg) decyzje i wydawanie oświadczeń weryfikacyjnychh) delegowanie, w razie potrzeby, uprawnień do wykonywania określonych działań do komitetów lub osóbi) zawieranie umówj) wymagania dotyczące kompetencji personeluk) reagowania na skargi i odwołanial) system zarządzania jednostki weryfikującejm) zapewnienie odpowiednich zasobów do działań weryfikacyjnych |  |  |  |  |
| **6.2**  | **Nadzór operacyjny** | ------- |  |  |  |
| 6.2.1 | Proces nadzoru nad działaniami weryfikacyjnymi  |  |  |  |  |
| 6.2.2 | Poziom i metoda nadzoru nad działaniami weryfikacyjnymi |  |  |  |  |
| 6.2.3 | Ryzyka w działalności odnoszące się do kompetencji, spójności i bezstronności jednostki weryfikującej |  |  |  |  |
| **7.** | **Wymagania dotyczące zasobów** | ------- |  |  |  |
| **7.1.** | **Postanowienia ogólne** |  |  |  |  |
| **7.2** | **Personel** | ------- |  |  |  |
| 7.2.1 | Dostęp do personelu |  |  |  |  |
| 7.2.2 | Umowa z personelem |  |  |  |  |
| 7.2.3 | Zagrożenia dla bezstronności powiązane z personelem |  |  |  |  |
| 7.2.4 | Bezstronność personelu |  |  |  |  |
| 7.2.5 | Wyłączenie z działań weryfikacyjnych personelu prowadzącego konsultacje |  |  |  |  |
| 7.2.6. | Zachowanie poufności przez personel |  |  |  |  |
| 7.2.7. | Poinformowanie o obowiązkach, odpowiedzialnościach i uprawnieniach personelu |  |  |  |  |
| **7.3** | **Proces zarządzania kompetencjami personelu** | ------- |  |  |  |
| 7.3.1 | Ustanowiony proces zarzadzania kompetencjami personelu  |  |  |  |  |
| 7.3.2 | Proces zarządzania kompetencjami obejmujący:a) określanie kryteriów kompetencyjnychb) identyfikację potrzeb szkoleniowych i zapewnienie szkoleń c) wykazania kompetencjid) upoważniania personelue) monitorowania działań personelu |  |  |  |  |
| 7.3.3 | Zapisy dotyczące kompetencji personelu |  |  |  |  |
| **7.4** | **Podzlecanie**Zachowanie odpowiedzialności za podzlecanie Umowa z podwykonawcąZgoda klienta na podzlecenie |  |  |  |  |
| **8.** | **Program weryfikacji**Elementy programu weryfikacji |  |  |  |  |
| **9.** | **Wymagania dotyczące procesu** | ------- |  |  |  |
| **9.1** | **Postanowienia ogólne** | ------- |  |  |  |
| **9.2**  | **Działania wstępne** | ------- |  |  |  |
| 9.2.1 | Informacje od klienta wystarczające do przeglądu poprzedzającego zlecenie |  |  |  |  |
| 9.2.29.2.3 | Przegląd zlecenia i jego wynik |  |  |  |  |
| **9.3** | **Zlecenie** | ------- |  |  |  |
| 9.3.1 – 9.3.3 | Zawartość umowy o świadczeniu usług weryfikacyjnych |  |  |  |  |
| 9.3.4 | Odpowiedzialność za dane wejściowe do działań weryfikacyjnych |  |  |  |  |
| **9.4**  | **Planowanie** |  |  |  |  |
| 9.4.1. | Działania przed planowaniem |  |  |  |  |
| 9.4.2 | Zawartość planu weryfikacji |  |  |  |  |
| 94.3 – 9.4.4 | Informacje przekazywane klientowi |  |  |  |  |
| **9.5** | **Wykonanie weryfikacji** |  |  |  |  |
| 9.5.2 – 9.5.3  | Zmiany do planu weryfikacji |  |  |  |  |
| 9.5.5 | Zapisy z wykonanej weryfikacji |  |  |  |  |
| **9.6** | **Przegląd** | ------- |  |  |  |
| 9.6.2 | Wymagania dotyczące personelu prowadzącego przegląd |  |  |  |  |
| 9.6.3 | Elementy przeglądu  |  |  |  |  |
| **9.7** | **Decyzja i wydanie oświadczenia weryfikacyjnego** | ------- |  |  |  |
| 9.7.1 | Decyzja |  |  |  |  |
| 9.7.2 | Wydanie oświadczenia weryfikacyjnegoZawartość oświadczenia |  |  |  |  |
| **9.8** | **Fakty odkryte po wydaniu oświadczenia weryfikacyjnego** | ------- |  |  |  |
| 9.8.2 | Proces wydania zmienionego oświadczenia |  |  |  |  |
| **9.9** | **Postępowanie z odwołaniami** | ------- |  |  |  |
| 9.9.1 – 9.9.2 | Proces postępowania z odwołaniami |  |  |  |  |
| 9.9.5 | Udostepnienie opisu procesu |  |  |  |  |
| 9.9.8 | Podejmowanie decyzji w sprawie odwołań |  |  |  |  |
| **9.10** | **Skargi** | ------- |  |  |  |
| 9.10.1 – 9.10.2 | Proces postępowania ze skargami |  |  |  |  |
| 9.10.5 | Udostępnienie opisu procesu |  |  |  |  |
| 9.10.8 | Podejmowanie decyzji w sprawie skarg |  |  |  |  |
| 9.11 | Zapisy |  |  |  |  |
| **10** | **Wymagania dotyczące informacji** |  |  |  |  |
| **10.1** | **Informacje dostępne publicznie**  |  |  |  |  |
| **10.2** | **Inne udostępniane informacje**  |  |  |  |  |
| **10.3** | **Powoływanie się na weryfikację i stosowanie znaków** |  |  |  |  |
| 10.3.1 | Zasady powoływania się na weryfikację |  |  |  |  |
| **10.4** | **Poufność** |  |  |  |  |
| 10.4.1 | Uregulowanie kwestii poufności w umowach z klientami |  |  |  |  |
| **11.** | **Wymagania dotyczące systemu zarządzania** |  |  |  |  |
| **11.1** | **Postanowienia ogólne** |  |  |  |  |
| 11.1.1 – 11.1.2 | Wdrożone elementy systemu zarządzania |  |  |  |  |
| **11.2** | **Przegląd zarządzania** |  |  |  |  |
| 11.2.1 | Planowanie przeglądów zarządzania |  |  |  |  |
| 11.2.2 | Dane wejściowe na przegląd zarządzania |  |  |  |  |
| 11.2.3 | Dane wyjściowe z przeglądu zarządzania |  |  |  |  |
| **11.3** | **Audyty wewnętrzne** |  |  |  |  |
| 11.3.1 | Cele audytów wewnętrznych |  |  |  |  |
| 11.3.2 | Planowanie, program oraz realizacja audytów wewnętrznych. Dokumentowanie działań poaudytowych |  |  |  |  |
| 11.3.3 | Audytorzy wewnętrzni |  |  |  |  |
| **11.4** | **Działania korygujące**Procesy identyfikowania i zarządzania niezgodnościami. Dokumentowanie działań |  |  |  |  |
| **11.5** | **Działania odnoszące się do ryzyk i szans** |  |  |  |  |
| 11.5.1 | Rozpatrywanie ryzyk i szans |  |  |  |  |
| 11.5.2 | Planowanie działań odnoszących się do ryzyk i szans |  |  |  |  |
| **11.6** | **Udokumentowane informacje** |  |  |  |  |
| 11.6.1 – 11.6.4 | Nadzór nad udokumentowanymi informacjami |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Wnioski z przeglądu dokumentacji:*****Wersja A*** *(brak niezgodności i spostrzeżeń / sformułowano spostrzeżenia i uwagi)* Dokumentacja systemu zarzadzania jednostki może stanowić podstawę do kontynuowania procesu akredytacji. System zarzadzania jednostki oceniającej zgodność opisany w dokumentacji jest odpowiedni do wnioskowanego zakresu akredytacji i wymagań akredytacyjnych. ***Wersja B*** *(sformułowano niezgodności, spostrzeżenia, uwagi. Niezgodności odnoszą się do prawidłowości / zakresu / kompletności dyspozycji systemu zarzadzania z wymaganiami normy akredytacyjnej. Stwierdzone niezgodności nie wskazują na brak odpowiedniości ustanowionego systemu zarzadzania w odniesieniu do wnioskowanego zakresu akredytacji i wymagań normy akredytacyjnej.* Dokumentacja systemu zarzadzania jednostki może stanowić podstawę do kontynuowania procesu akredytacji. System zarzadzania jednostki oceniającej zgodność opisany w dokumentacji jest odpowiedni do wnioskowanego zakresu akredytacji i wymagań akredytacyjnych. W dokumentacji systemu zarzadzania stwierdzono niezgodności, *spostrzeżenia i uwagi*, które powinny być uwzględnione w ocenie na miejscu *i wizytacji wstępnej*. ***Wersja C*** *(sformułowano niezgodności, spostrzeżenia i uwagi. Niezgodności wskazują nieprawidłowości dyspozycji oraz brak: kompletności ustaleń, wymaganych procedur, polityk i celów w odniesieniu do wymagań akredytacyjnych (np. nie odniesiono się w dokumentacji systemie zarzadzania do kluczowych wymagań dotyczących bezstronności, niezależności i kompetencji jednostki), opisany system zarzadzania jest nieodpowiedni do wnioskowanego zakresu akredytacji (np. przedmiot oceny zgodności realizowanej przez podmiot wnioskowany do akredytacji nie jest objęty zakresem normy akredytacyjnej zgodnie z wymaganiami której opisano system w dokumentacji, status prawny / organizacja jednostki nie spełnia wymagań akredytacyjnych, w tym wymagań przepisów prawa).* Dokumentacja systemu zarzadzania jednostki nie może stanowić podstawy do kontynuowania procesu akredytacji. W dokumentacji systemu zarzadzania stwierdzono niezgodności wskazujące, że system jest nieodpowiedni do wnioskowanego zakresu akredytacji i wymagań akredytacyjnych.  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data: |  | Nr rejestracyjny | YYYY-VG-RRRR | Data oceny: | dd.mm.rrrr |
| Imię i nazwisko kierownika jednostki weryfikujacej**:** |  | Przegląd dokumentacji przeprowadzony przez: | AW – imię i nazwisko | Data: | dd.mm.rrrr |
| AT – imię i nazwisko | Data: | dd.mm.rrrr |
| Zatwierdzam[[2]](#footnote-2) : | imię i nazwisko | Data, podpis: | dd.mm.rrrr |

1. *W przypadku niezgodności lub spostrzeżeń podać symbol NC X/Y dla niezgodności, S X/Y – dla spostrzeżeń, gdzie X – kolejny numer niezgodności/spostrzeżenia i Y – liczba niezgodności i spostrzeżeń łącznie* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Tylko w przypadku, gdy wnioski wskazują na brak podstawy do kontynuowania procesu akredytacji* [↑](#footnote-ref-2)