



<b>Basisdaten</b>	Ihr/e DQS Ansprechpartner/in:
AZ:	Datum:

Gesprächspartner  
Titel, Vorname, Name \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

Telefon/ Fax \_\_\_\_\_

Name der Organisation \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Land/ PLZ/ Ort - *Postfach* \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Internet-Adresse \_\_\_\_\_

Umsatzsteuer-Id.-Nr. \_\_\_\_\_

Zertifizierung nach Regelwerk(en) \_\_\_\_\_ Anlage

Bestehende Zertifizierungen \_\_\_\_\_

Geschäftstätigkeit \_\_\_\_\_

Produkte / Dienstleistungen \_\_\_\_\_

Branchen/Kundenkreis \_\_\_\_\_

Entwicklungstätigkeit  ja  nein Zulassungspf. Produkte  ja  nein

Ausgliederte Prozesse \_\_\_\_\_

Wesentliche Umweltaspekte \_\_\_\_\_

Gefährdungen (Arbeitsschutz) \_\_\_\_\_

Anzahl der Standorte incl. Zentrale \_\_\_\_\_ Anzahl der temporären Standorte \_\_\_\_\_

Standorte /  
Unternehmensbereiche \_\_\_\_\_ Anlage

Gesamtmitarbeiterzahl \_\_\_\_\_

Anzahl Mitarbeiter im  
Schichtbetrieb \_\_\_\_\_ Anzahl der Schichten \_\_\_\_\_

Persönliche Schutzausrüstung  
(PSA) erforderlich?  ja  nein wird gestellt

Konzern- / Verbands- /  
Trägerzugehörigkeit \_\_\_\_\_

Berater \_\_\_\_\_

Besonderheiten / Anmerkungen \_\_\_\_\_