



获证组织认证信息变更申请表

以下由认证客户填写	
客户名称	填写人: 联系方式:
组织于____年__月__日获得管理体系认证证书, 证书编号是: _____	
变更项目	<input type="checkbox"/> 组织名称 <input type="checkbox"/> 组织法人代表 <input type="checkbox"/> 隶属关系 <input type="checkbox"/> 联系人 <input type="checkbox"/> 联系方式(<input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 传真 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 组织地址(<input type="checkbox"/> 注册地址 <input type="checkbox"/> 认证地址 <input type="checkbox"/> 邮编) <input type="checkbox"/> 体系覆盖员工数 <input type="checkbox"/> 认证范围变化(<input type="checkbox"/> 扩大 <input type="checkbox"/> 缩小 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 组织机构 <input type="checkbox"/> 管理体系文件 <input type="checkbox"/> 产品标准 <input type="checkbox"/> 商标 <input type="checkbox"/> 证书表述的组织固定场所信息变化 (<input type="checkbox"/> 名称 <input type="checkbox"/> 认证地址 <input type="checkbox"/> 场所增加 <input type="checkbox"/> 场所缩小 <input type="checkbox"/> 覆盖的产品和过程 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/>
变更信息 (变更前信息均需表述)	
变更说明	
授权人(签字) 职务:	获证组织(公章) 年 月 日
以下由 CQM 申请评审人员填写	
机构意见: <input type="checkbox"/> 接受变化内容, <input type="checkbox"/> 不接受, 理由_____	
评审人: _____ 年 月 日	

联系方式: (各分子公司使用时, 填写各自的联系方式)

通讯地址: _____ 邮编: _____

联系人: _____ 电话: _____ 传真: _____ E-mail: _____

注: 1 本沟通单明示的项目发生变更时, 应及时主动向方圆标志认证集团通报, 我们会及时处理并反馈信息。2 如果变更项目需换发证书, 请及时提交相关的申请材料。