

Die Selbstauskunft zusammen mit den geforderten Unterlagen ausgefüllt an die PÜG mbH senden.

Angaben zum Unternehmen (Verwaltung):

Kd-Nr.:	
Firmenname:	
Anschrift: ☎ / Fax E-Mail	
Mitarbeiterzahl gesamt:	
Verantwortlicher/Ansprechpartner: ☎ / E-Mail	
Werden Sie durch einen externen Berater unterstützt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name:

Standorte, Niederlassungen im zu zertifizierenden Bereich:

Bitte für jeden Standort ausfüllen! Bei Bedarf diese Seite kopieren.

Standort/Niederlassung Adresse	Geltungsbereich der zu zertifizierenden Dienstleistungen am Standort	Anzahl <u>SCP relevante MA</u> am Standort
1.		Verwaltungspersonal: Ganztagskräfte Teilzeitkräfte Geringfügig Beschäftigte Auszubildende AÜG-Kräfte: Ganztagskräfte Teilzeitkräfte Geringfügig Beschäftigte Auszubildende
2.		Verwaltungspersonal: Ganztagskräfte Teilzeitkräfte Geringfügig Beschäftigte Auszubildende AÜG-Kräfte: Ganztagskräfte Teilzeitkräfte Geringfügig Beschäftigte Auszubildende
3.		Verwaltungspersonal: Ganztagskräfte Teilzeitkräfte Geringfügig Beschäftigte Auszubildende AÜG-Kräfte: Ganztagskräfte Teilzeitkräfte Geringfügig Beschäftigte Auszubildende

Kundenselbstauskunft gemäß SCP VAZ

Wir bestätigen, dass es unter den zu zertifizierenden Niederlassungen keine juristisch selbständigen Gesellschaften gibt. Wenn doch, muss die beigefügte Anlage für jede juristisch selbständige Gesellschaft vollständig ausgefüllt zurückgesendet werden.

Bei Überwachungen oder Rezertifizierungen:

Seit dem letzten Audit haben sich folgende wesentliche Änderungen (wie zum Beispiel: Änderung der Firmierung, Änderungen in der Aufbauorganisation, Aufnahme oder Schließung einer Filiale/Standorte, Änderungen am QM-System Änderungen in den Produktions- / Dienstleistungsprozessen / Herstellverfahren) ergeben:

Aufgrund der Angaben des Unternehmens ist ein Stufe-1 Audit erforderlich/nicht erforderlich

Datum, Unterschrift Zertifizierungsstelle

Angaben zur SGU-Struktur des Unternehmens

Anforderungen	Name / Institution / Unternehmen
Fachkraft für Arbeitssicherheit:	
Arbeitsmedizinische Betreuung:	Name: Adresse: Festnetznummer: Handynummer:
Zuständige Berufsgenossenschaft:	

Der Betriebsarzt muss bei der Erstzertifizierung und Rezertifizierung unbedingt vor Ort sein!

(Wenn nicht, muss dies nachgeholt werden.)

Kundenselbstauskunft gemäß SCP VAZ

Zugehörige Baustellen / Projekte / Aufträge / Werkstätten im zu zertifizierenden Bereich:

Bitte ausfüllen! Bitte ordnen Sie die Baustellen, Projekte, Aufträge oder Werkstätten bei mehreren verschiedenen Standorten / Niederlassung dem jeweiligen Standort / Niederlassung zu.

Durchschnitt Anzahl an Baustellen:

(monatlich)

(täglich)

Durchschnitt Anzahl der Mitarbeiter auf der Baustelle:

Bei Bedarf diese Seite kopieren.

Standort/ NL Nr. (Siehe oben)	Baustellen / Projekte / Aufträge / Werkstätten am Standort mit Adresse	Anzahl MA	Schicht-be- trieb am Standort
		Vollzeit Teilzeit Außendienst Azubis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Vollzeit Teilzeit Außendienst Azubis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Vollzeit Teilzeit Außendienst Azubis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Vollzeit Teilzeit Außendienst Azubis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Unfallstatistik der letzten 3 Jahre (20... bis 20...)

Unfallstatistik	Vorvor- letztes Jahr	Vorletztes Jahr	Letztes Jahr	Gesamt
Personalbestand eigene Mitarbeiter				
Personalbestand einschließlich Leih- und Aushilfsarbei- ter				
Geleistete Arbeitsstunden einschließlich der Leih- und Aushilfsarbeiter				
Zahl der Arbeits- und Dienstwegunfälle (keine Wegun- fälle) mit Arbeitszeitausfall ab 1. Tag Arbeitsausfall ein- schließlich der Leih- und Aushilfsarbeiter				
Zahl der tödlichen Unfälle				

Datum, Ort _____

Geschäftsführung

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der Angaben

Datum, Unterschrift bevollmächtigter Vertreter

Veröffentlichung im Internet

Die DGMK Deutsche Wissenschaftliche Gesellschaft für Erdöl, Erdgas und Kohle e.V. veröffentlicht auf ihrer Homepage www.dgmk.de/scc/ eine Liste der Unternehmen, die ein akkreditiertes SCC/SCP-Zertifikat besitzen.

Die Veröffentlichung erfolgt unter Angabe des Firmennamens, Scope des Unternehmens und Art des Zertifikates (SCC*, SCC**, SCC^P oder SCP).

Wir wünschen: den Eintrag

keinen Eintrag

Datum, Ort _____

bevollmächtigter Vertreter

ANLAGE: Zertifizierung von Standorten (Töchtern) mit juristisch selbstständigen Gesellschaften

Name des Mutterunternehmens (Zentrale):

Name des Tochterunternehmens:

Bitte zutreffende Bedingung(en) ankreuzen und Nachweise, dass der/ die Standort(e) eine die Bedingung erfüllt, sind beizulegen (z. B. Handelsregisterauszüge)

- Das Mutterunternehmen (Zentrale) hält eine Beteiligung in Höhe der Mehrheit der Stimmrechte (§ 290 Abs. 2 Nr. 1 HGB; nach IAS 27.13a mindestens die Hälfte der Stimmrechte) am Unternehmen oder
- Das Mutterunternehmen (Zentrale) ist Gesellschafter mit beliebigem Anteil und besitzt das Recht zur Bestellung oder Abberufung der Organe beim Unternehmen (§ 290 Abs. 2 Nr. 2 HGB; nach IAS 27.13c die Mehrheit der Leitungsorgane bestimmen kann) oder
- Das Mutterunternehmen (Zentrale) kann wegen eines abgeschlossenen Beherrschungsvertrages, Gewinnabführungsvertrages einen Einfluss auf das Unternehmen ausüben oder
- Das Mutterunternehmen (Zentrale) kann aufgrund der Satzung einen beherrschenden Einfluss auf das Unternehmen ausüben (§ 290 Abs. 2 Nr. 3 HGB; nach IAS 27.13b die Finanz- und Geschäftspolitik bestimmen kann) oder
- Es liegt eine Beteiligung nach § 271 Abs. 1 HGB und eine einheitliche Leitung (§ 290 Abs. 1 HGB) vor (IAS 27.10-13) oder
- Es besteht eine Beteiligung nach § 271 Abs. 1 HGB und das Mutterunternehmen trägt bei wirtschaftlicher Betrachtung die Mehrheit der Risiken und Chancen der lokalen Tochtergesellschaft, das zur Erreichung eines eng begrenzten und genau definierten Ziels des Mutterunternehmens dient (auftragsbezogene Zweckgesellschaft/ Bietergemeinschaften etc.)
- Keine der oben genannten Bedingungen trifft zu

Von der Zertifizierungsstelle auszufüllen:

Das Unternehmen

erfüllt **nicht** die Kriterien an Organisationen mit mehreren Standorten und die Zertifizierung kann **nicht** durchgeführt werden

erfüllt die Kriterien an Organisationen mit mehreren Standorten und die Zertifizierung kann durchgeführt werden

Festgelegter Stichprobenumfang: _____

Festgelegte Standorte: _____

Festgelegt durch: _____
Kürzel/Datum