



AIB 国际
 美国堪萨斯州 66505-3999
 曼哈顿市贝克斯大道 1213 号
 3999 号邮箱

电话：800-633-5137
 785-537-4750
 传真：785-537-0106
 网页：www.aibonline.org

AIB 填写区

工厂编号#	
地区	
号码	
审核员	
日期	
PROMAN	

Revised date 20090218

填表人姓名： _____

你从何处得知我们的服务？ 顾客要求 英特网
 其他（请列出）_____

需要审核类型：
 Food Safety/GMP/食品安全/GMP 审核
 Food Security / 食品安全防御审核
 Allergen/过敏原审核
 QSE /质量体系评估

如果不希望收到有关审核服务的资料包，其中包括收费价格，准则和培训资料等，请在此处打勾“√”。

被审核公司/工厂的确切地址：

公司或工厂名称 _____
 地址#1 _____
 地址#2 _____
 城市/省/邮编 _____
 国家 _____
 电话号码# _____

被审核公司/工厂的邮寄地址：

邮箱 _____
 城市/省/邮编 _____
 国家 _____
 传真号码# _____

订单号码# (如贵公司规定发票上需要有订单号码, 请必须填写这一栏)		
指定审核日期 (月份或季节)		
每年审核次数# (AIB 会默认每年为贵公司安排一次审核, 如需要更改, 请跟我们联系)		这是否是一次性审核? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
贵公司希望第一次审核是培训审核/不计算分数吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 通知审核 (只会通知联系人审核的日期)	或	<input type="checkbox"/> 不通知审核 (并不会通知任何人关于审核的日期)
请提供需要避免审核的日期：		

被通知人 需要预先通知联系人的，请提供联系人的具体信息，如下所示	
名称	
职位	
公司名称	
邮寄地址	
城市/省/邮编	
电邮地址	
电话号码	
传真号码	
接收报告方式	<input type="checkbox"/> 邮寄 或者 <input type="checkbox"/> 电邮

工厂联系人 (如此项不填，则只联系被通知人)	
名称	
职位	
公司名称	
邮寄地址	
城市/省/邮编	
电邮地址	
电话号码	
传真号码	
接收报告方式	<input type="checkbox"/> 邮寄 或者 <input type="checkbox"/> 电邮

付费人资料 (我们会按此信息，寄发票给贵公司；如此项不填，则会寄给上述被通知人)	
名称	
职位	
公司名称	
邮寄地址	
城市/省/邮编	
电邮地址	
电话号码	
传真号码	
接收报告方式	<input type="checkbox"/> 邮寄 或者 <input type="checkbox"/> 电邮

供应公司名称? (如贵公司是供应商，而客户要求第三者审核，烦请提供客户名称。)	

烦请列出在工厂里应收到报告副本的人 (请列出名称和电邮地址)	
请问这是什么类型的工厂? (请列出所生产的产品)	
厂房的面积 (含需要审核的生产、仓库及辅助区域面积) 有多大? (请列明是平方米或者是平方尺等)	
**如贵公需要我们将审核报告寄给你们客户，请跟审核部门联系。 我们会把适当的表格电邮给贵公司。(1-800-633-5137)	
请告诉我们贵工厂附近的酒店和机场资料：	
