



工厂编号#	
地区	
号码	
审核员	
日期	
PROMAN	

填表人姓名: _____

你从何处得知我们的服务?

顾客要求

英特网

安邦食品技术咨询（上海）有限公司
所提供的 GMP 检查
并不是“认证审核”服务。

这项检查服务的评估
是根据“AIB 国际统一检查标准及其相关模板

需要审核类型?

Food Safety / GMP / 食品安全 / GMP 检查

Food Contact Packaging (GMP) / 食品接触包装材料企业

Nonfood Contact Packaging (GMP) / 非食品接触包装材料企业

Food Security / 食品安全, Food Defense/食品防御

FDA Preparedness Inspection / FDA 符合性检查

Global Market Assessment/ 全球市场评估

Other 其他

被审核公司/工厂的详细地址:

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:

城市/省/邮编

国家

传真号码#

什么类型的工厂? (生产商, 配送中心等)和产品 (食品或包装等)(必须填写)

厂房的面积 (审核的生产、仓库及辅助区域) 有多大? (必须填写)

排除在检查之外的任何操作区, 包括大小 (平方英尺 / 或平方米)

工厂共有多少全职的员工?

工厂共有多少条生产线?

指定审核日期 (月份或季节)

每年审核次数 (AIB 会默认每年为贵司安排一次审核, 如需更改, 请与我们联系)

这是否是一次性审核? 是 否

贵司希望第一次审核是培训审核/不计算分数吗?

培训审核 审核

通知审核

或

通知总部的审核

或

不通知审核

(只会将审核日期通知给第二页的联系人)

(只会将审核日期通知给公司总部负责人)

(不会将审核日期通知给任何人)

提供需要避免审核的日期:

取消政策

当服务日期被确定之后, 贵公司如果需要取消该服务, 您必须至少提前 22 天通知我们。

请注意, 服务日期确定之后, 如果贵司在服务开始前 21 日内提出取消审核、或者是对已确定的通知审核和不通知审核提出日期、地点或活动等更改, 我们将向贵司收取损失的工作天数和任何因该工作而产生的任何费用。唯一例外的情况, 是因不可抗力因素所引起的灾难或灾害而申请的更改。

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)	
姓名:	电话号码:
职位:	电邮地址:
公司名称:	
邮寄地址:	
城市/省/邮编:	
接收报告方式: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

发票接收人	
姓名:	电话号码:
职位:	电邮地址:
公司名称:	
邮寄地址:	
城市/省/邮编:	
接收报告方式: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

工厂联系人	
姓名:	电话号码:
职位:	电邮地址:
公司名称:	
邮寄地址:	
城市/省/邮编:	
接收报告方式: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

工厂是否需要采购订单?

(如果工厂需要采购订单才能支付则必须提供.)

公司增值税号码: (欧盟成员国需要填写)

是 否

如果选择是, 请在此提供订单编号:

烦请列出在工厂里应收到报告副本的人	
姓名:	电邮地址:
姓名:	电邮地址:

客户名称?	出口国名称?
(如贵公司是供应商, 受客户要求要求进行第三方审核, 烦请提供客户名称。)	

*需要收到该报告副本的客户	
姓名 / 职位 / 公司名称:	电邮地址:
姓名 / 职位 / 公司名称:	电邮地址:

***请注意:** 以上所列的每一位客户的授权书将全部发送到该表格的被通知人。在我们将检查报告发送给上述人之前必须取得客户已签署的授权书。

认可文件的接收人: _____

您希望认可文件上显示的公司名称、所在城市和国家:

公司名称: _____

城市, 省

份, 国家: _____

数据保护信息

本表格上提供的所有个人信息, 会被保存并仅在数据保护法的规定下进行披露。在上述部分中列出的任何人(们)有权通过 AIB International 查阅相关的个人信息。如果发现个人信息是或者成为不正确的, 那么相关人员可以要求 AIB International 进行修改。出于数据保护法的目的, 任何个人数据的处理将作为 AIB International 处理方式或者存储方式的结果。