



# Anlage B

Angabe zu allen Betriebsstätten des gleichen Qualitätsmanagementsystems





Product Service

 **Hersteller:**

 **Antragsidentifikation:**

## Angabe zu allen Betriebsstätten des gleichen Qualitätsmanagementsystems im Geltungsbereich der Zertifizierung (sollten auf dem Zertifikat erscheinen)

			Management/ Verwaltung	Regulatory Affairs	Entwicklung/ Konstruktion	Produktion	Endkontrolle	
Name des Unternehmens: <input type="text"/> Adresse: <input type="text"/>	Ansprechpartner: <input type="text"/> Tel.: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/> <b>Produkte:</b> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Name des Unternehmens: <input type="text"/> Adresse: <input type="text"/>	Ansprechpartner: <input type="text"/> Tel.: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/> <b>Produkte:</b> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Name des Unternehmens: <input type="text"/> Adresse: <input type="text"/>	Ansprechpartner: <input type="text"/> Tel.: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/> <b>Produkte:</b> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Name des Unternehmens: <input type="text"/> Adresse: <input type="text"/>	Ansprechpartner: <input type="text"/> Tel.: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/> <b>Produkte:</b> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Name des Unternehmens: <input type="text"/> Adresse: <input type="text"/>	Ansprechpartner: <input type="text"/> Tel.: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/> <b>Produkte:</b> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Name des Unternehmens: <input type="text"/> Adresse: <input type="text"/>	Ansprechpartner: <input type="text"/> Tel.: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/> <b>Produkte:</b> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	