

MINISTERSTWO ŚRODOWISKA

ul. Wawelska 52/54
00-922 Warszawa
tel. (22) 57-92-900:

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU WERYFIKATORÓW ŚRODOWISKOWYCH EMAS*Wypełnia Ministerstwo Środowiska:*

WNIOSKUJĄCY <i>(Nazwa i adres)</i>	Data wpłynięcia wniosku:
	Numer kancelaryjny:
	Podpis osoby przyjmującej wniosek:
	Numer rejestracyjny <input type="text"/>
Numer certyfikatu	Data rejestracji wniosku:
Data uzyskania akredytacji	Podpis osoby rejestrującej:
Zakres akredytacji wg PKD lub NACE	

WNOSKUJĘ O WPIS DO REJESTRU WERYFIKATORÓW ŚRODOWISKOWYCH EMAS JAKO:

LP	RODZAJ JEDNOSTKI	TAK/NIE
1	Osoba z obywatelstwem polskim	
2	Osoba z obywatelstwem innym	
3	Organizacja krajowa	
4	Organizacja z innego kraju UE z siedzibą w Polsce	
5	Organizacja z innego kraju UE	

POTWIERDZAM PRAWDZIWOŚĆ INFORMACJI ZAWARTYCH WE WNIOSKU O WPIS DO REJESTRU WERYFIKATORÓW ŚRODOWISKOWYCH EMAS ORAZ DEKLARUJĘ, ŻE:

1. Znam zasady funkcjonowania Rozporządzenia (WE) nr 761/2001 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 19 marca 2001 r. dopuszczającego dobrowolny udział organizacji w systemie zarządzania środowiskowego i audytu we Wspólnocie (EMAS).
2. Będę wypełniać wymagania stawiane przez Polskie Centrum Akredytacji dla weryfikatorów środowiskowych EMAS.

.....
.....
(Podpis osoby odpowiedzialnej za kontakty w sprawie weryfikacji)

.....
.....
(Podpis i pieczęć kierownika organizacji)

Miejscowość, data:

Miejscowość, data:

PODSTAWOWE INFORMACJE O WNIOSKUJĄCYM**Dane osoby wnioskującej:**

Kod pocztowy:

Miasto:

Kraj:

Adres (ulica nr):

Telefon:

Fax:

E-mail:

Adres strony w Internecie:

[http://www.](http://www)

NIP (o ile nadano)

REGON
(o ile nadano)**Dane organizacji wnioskującej:**

Kod pocztowy:

Miasto:

Kraj:

Adres (ulica, nr):

Telefon:

Fax:

E-mail:

Adres strony w Internecie:

[http://www.](http://www)

NIP (o ile nadano)

REGON
(o ile nadano)

Status prawny organizacji:

Liczba pracowników:

Nazwiska i funkcje osób odpowiedzialnych:

Osoba odpowiedzialna za kierowanie organizacją

tel.

fax

e-mail

Imię i nazwisko:

Funkcja:

Osoba odpowiedzialna za kontakty w sprawie weryfikacji:

Imię i nazwisko:

Funkcja:

*(Podpis osoby odpowiedzialnej za kontakty w sprawie weryfikacji)**(Podpis i pieczęć kierownika organizacji)**Miejscowość, data:**Miejscowość, data:*