

No. de Ref. SADCAS																			
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DEMANDE D'ACCRÉDITATION DES ORGANISMES D'INSPECTION

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Ce formulaire doit être rempli en entier et retourné à :

Southern African Development Community Accreditation Service (SADCAS)
Attention: Technical Manager

Postal Address:

Private Bag 00320
Gaborone
Botswana
Tel: +267 3132909/ 3132910
Fax: +263 3132922
Email: info@sadcas.org

Physical Address:

Plot 50668/9, Unit 3A Second Floor
Tholo Office Park, Fairgrounds
Gaborone
Botswana

Veillez remplir les sections pertinentes du formulaire en MAJUSCULE ou en caractères d'imprimerie.

Ce formulaire est disponible sous forme électronique. Veuillez ne pas modifier le formulaire, sauf en remplissant les sections prévues à cet effet. Tout formulaire modifié ne sera pas reconnu comme une demande valide. Si toutefois vous confrontez des difficultés pour remplir le formulaire, veuillez contacter la SADCAS ou le point focal national d'accréditation de votre pays.

Si vous souhaitez remplir et envoyer le formulaire par courriel, veuillez noter que la SADCAS décline toute responsabilité en cas de violation de la confidentialité de l'information relative à la demande reçue. **Toutes les demandes soumises par courriel doivent être dûment signées et acheminées par voie postale ou par un service courrier.**

La SADCAS traitera la demande d'accréditation seulement après avoir reçu le paiement associé.

Note : Si vous ne recevez pas un accusé de réception de la SADCAS ou une télécopie dans les quatre (4) semaines suivant votre demande d'accréditation, veuillez informer la SADCAS. Cette demande est valable pour une année à compter de la date de demande.

Date de la demande							
Organisme							
Numéro d'identification à la TVA (le cas échéant)							
Personne à contacter						Titre	
Fonction							
Adresse postale							
Adresse physique							
No. de Tel:		No. de Ligne directe:		No. Fax:			
No. de Tel portable:		Adresse Email:					
Domaine(s) d'activité							

Type de demande d'accréditation: (Cochez la case appropriée)			
Pre-évaluation	<input type="checkbox"/>	Accréditation initiale	<input type="checkbox"/>
Extension de l'accréditation	<input type="checkbox"/>		
Autres	<input type="checkbox"/>	(Veuillez préciser)	
PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ORGANISME			
Description des activités principales de l'organisme demandeur (Veuillez souligner les activités pour lesquelles l'accréditation est demandée):			
Si l'organisme qui demande l'accréditation appartient à un autre organisme ou fait partie d'un autre organisme plus élargie ou à des agences/ divisions à d'autres endroits, veuillez fournir les informations suivants :			
Nom, adresse et coordonnées (téléphone, télécopieur, courriel) de:			
Organisme principal			
Autres organismes du groupe/division			
Lieux/sites/sites virtuels où des activités clés sont menées			
Relations et liens entre les organismes susmentionnées et l'organisme demandeur d'accréditation (Veuillez élaborer)			
Quel est le statut juridique de votre organisme ? p.ex. SA (SARL) privé ou autre ? (Énumérez et joignez l'instrument juridique et les autres exigences réglementaires applicables à votre organisme)			
Numéro d'immatriculation de l'organisme/ Veuillez identifier le nombre de propriétaire unique ou des associés			
Nombre total des employés dans l'ensemble de l'organisme ou du groupe d'organismes		Nombre d'employés impliqués dans le(s) domaine(s) demandeur (s) d'accréditation	

Veillez joindre un organigramme de votre organisme indiquant la structure des sections/unités/secteurs à être accrédité et leur relation avec le reste de l'organisme.

L'organisme a-t-il déjà été accrédité ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Oui	Non
Dans l'affirmative, indiquer le nom de l'organisme d'accréditation:				
L'organisme dispose-t-elle d'un système de management formellement établi ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Oui	Non
Dans l'affirmative, indiquer la norme sur laquelle le système est fondé :				
Depuis combien de temps ce système fonctionne-t-il ?				
Quelle formation a été dispensée pour la mise en œuvre et la maintenance du système ?				
A qui la formation a-t-elle été dispensée ?				
Énumérez le personnel qualifié employé de façon permanente <i>(veuillez ajouter une feuille séparée au besoin)</i>				
Nom	Domaine de qualification (enregistrement)	Numéro d'enregistrement <i>(le cas échéant)</i>		

PART 3: INFORMATIONS SUR LES CADRES SUPÉRIEURS			
<i>Pour chaque membre du personnel responsable d'un produit ou d'un service pour lequel l'accréditation est demandée, veuillez fournir les détails suivants. Cela comprend le responsable qualité et le responsable technique, selon le cas.</i>			
Nom		Fonction	
Domaine de Responsabilité		Nombre d'employés supervisés	
Qualifications, expérience et formation :			
Nom		Fonction	
Domaine de Responsabilité		Nombre d'employés supervisés	
Qualifications, expérience et formation :			
Nom		Fonction	
Domaine de Responsabilité		Nombre d'employés supervisés	
Qualifications, expérience et formation :			
Nom		Fonction	
Domaine de Responsabilité		Nombre d'employés supervisés	
Qualifications, expérience et formation :			
Nom		Fonction	
Domaine de Responsabilité		Nombre d'employés supervisés	
Qualifications, expérience et formation :			
Nom		Fonction	
Domaine de Responsabilité		Nombre d'employés supervisés	
Qualifications, expérience et formation :			

PARTIE 4 : CHAMP D'APPLICATION		
<p>Énumérez tous les paramètres pour lesquels l'accréditation est demandée.</p> <p>Note importante : L'accréditation est uniquement accordée pour une portée spécifique pour laquelle un organisme peut prouver le besoin, la compétence, donc le domaine général d'inspection, le type et la portée de l'inspection, les normes/code ou spécifications contenant les exigences en fonction desquelles l'inspection sera effectuée et, le cas échéant, les règlements précis et sans ambiguïté énoncés dans le tableau ci-dessous .</p>		
Adresse permanente de l'organisme d'inspection		Adresse physique
No. de Tel : No. de Fax : Email :		
<p>Représentant de l'organisme</p> <p style="text-align: right;">Signataires: (comme défini dans le document SADCAS TR 03)</p>		
Responsable qualité:	_____	1. _____
	<i>Nom</i>	<i>Nom</i>
Responsable technique:	_____	2. _____
	<i>Signature</i>	<i>Signature</i>
	_____	3. _____
	<i>Nom</i>	<i>Nom</i>
	_____	_____
	<i>Signature</i>	<i>Signature</i>
Domaine d'inspection	Prestation offerte	Codes et règlements
p. ex. Réglementaire : Inspection et essai périodiques des bouteilles à gaz transportables	p. ex Inspection périodique réglementaire aluminium sans joints-bouteille à gaz sans soudure en aluminium et alliage d'aluminium d'une contenance en eau de 0 à 1500 litres	p. ex. ISO 10461

Suite à l'octroi de l'accréditation, mon organisme s'engage à respecter à tout moment les exigences et procédures d'accréditation de la SADCAS ainsi que toute autre obligations de l'organisme responsable pour l'évaluation de la conformité.

Je joins un exemplaire du Manuel système de management de la qualité et des checklists dument remplies.

Je joins les **frais d'inscription**. Je comprends que ces frais ne sont pas remboursables.

Je comprends le fonctionnement du système d'accréditation et ses opérations. La SADCAS décline toute responsabilité des actions, ou des résultats d'actions, d'un organisme accrédité. Je, soussigné(e), conviens, en tant que représentant(e) autorisé(e) de l'entité indépendante requérante, que toute responsabilité de la SADCAS pouvant découler d'une négligence liée à une accréditation est limitée au remboursement de la cotisation annuelle payable par l'organisme.

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, précis et exacts. Je m'engage à informer la SADCAS à temps de tout changement concernant la demande et j'accepte l'entière responsabilité des coûts encourus suite à tout changement non signalé à la SADCAS à temps.

Signé et tamponné	
Nom (en imprimées)	
Fonction	
Date	