**PAQ-CR2S**

Lettre de Candidature « Système de Management intégré QSE »

Je soussigné (1) ……………………………………. ...…… agissant en qualité de (2) ..………………..… … de la Société (3) …….………………….………….. sise au (4) ……………………………. Boite Postale : …………… Code Postal : ……….……. Ville : ……..…………………….Téléphone : ……………..….… Fax : ……………-Mail : …………………………………………..

Registre Nationale d’Entreprise N° : ………………..…....… Ville : ……………………….………

Affiliation à la CNSS N° : ……………………………………………………………………………

Domiciliation bancaire : ……………………………………………………………………………..

C.C.B. N°: …………………………………………………………………..………………………….

Certifie avoir recueilli, par mes propres soins et sous mon entière responsabilité, tous renseignements nécessaires à la parfaite exécution de mes éventuelles obligations telles qu’elles découlent des différentes dispositions AMI N01/2020 relatifs à :

* L’assistance et l’accompagnement du CBS à la mise en place d’un Système de Management intégré QSE selon ISO 9001/2015, ISO 45001/2018 et ISO 14001/2015).

au profit du Centre de Biotechnologie de Sfax et je m’engage sur l’honneur que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

|  |  |
| --- | --- |
| Lot° | Désignation |
| 01 | Formation de 30 personnes (2 groupes de 15 chacun soit 2 HJ/ groupe) sur la démarche du système intégré QSE selon les normes ISO 9001 : 2015, ISO 45001 : 2018 et ISO 14001 : 2015. |
| Formation de 15 personnes du CBS sur les principes et les techniques d’audit interne du système intégré QSE selon la norme iso 19011 :2018. Cette formation sera suivie d’un examen de qualification au titre d’Auditeurs internes QSE. |
| 01 | Phase 1 : Diagnostic |
| Phase 2 : Mise en place du SMI (QSE) |
| Phase 3 : Audits Internes QSE, et revue de directionAssistance au traitement des non-conformités issues des audits internes et suivi des actions d’amélioration proposées lors de la revue de direction; Assistance à la préparation de l’audit de certification Assistance au traitement des non-conformités issues de l’audit de certification. |

Fait à …………..…. Le ……………..…

LE SOUMISSIONNAIRE

Nom ………….……..….. Prénom………………….

 (cachet et signature)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) Nom et prénom du signataire.

(2) Qualité du signataire.

(3) Raison sociale de la société.

(4) Adresse du Cabinet.