

FICHE D'INFORMATION à adresser à CERTIPHARM

Nous vous remercions de remplir ce document qui nous permettra de traiter votre demande.

Votre demande concerne

Merci de cocher le/les référentiel(s) concerné(s) par votre projet

Certification CERTIPHARM n°032 Transports de produits de santé	
Attestation de conformité aux BPD	
Attestation d'aptitude à transporter des produits de santé	

Si votre demande concerne **la certification CERTIPHARM Transports de produits de santé ou l'attestation de conformité aux BPD**, vous devez déjà réaliser du transport de produits de santé.

Si vous ne réalisez pas encore ce type de transport mais que vous souhaitez démontrer votre aptitude à réaliser du transport de produits de santé, la prestation applicable est l'attestation d'aptitude à transporter des produits de santé

A quelle période souhaitez-vous votre audit ?

Identification de l'entreprise

Raison sociale		Statut légal	
Appartenance à un groupe		Secteur d'activité	
Si oui, non du group		Code NAF	
Adresse		Nom, prénom du contact	
Code postal		Fonction	
Ville		Téléphone	
Pays		E-mail	
N° TVA Intracom		N° SIRET	

Système de management

Votre système fait-il l'objet d'autres évaluations, totales ou partielles ?



Si oui, préciser : (référentiel, date de mise en œuvre, organismes certificateurs...)

Merci de nous faire parvenir une copie de votre certificat

Votre système fait-il l'objet d'autres évaluations, totales ou partielles ?

Depuis quand votre système de management est-il opérationnel ?

Informations relatives à la certification

Activité du périmètre de certification ou d'attestation (Présentation de l'activité à certifier : Commissionnaire de transport, stockage...)				
Libellé souhaité sur le certificat (Ce dernier sera à valider lors de la certification)				
Descriptif du périmètre de certification	Nombre de système/d'accreditation système de management			
	Nature des produits de santé (DM, Vaccins, médicament, produits sanguins...)			
	Le champ de certification inclut-il des PST (produits sensibles à la température)	Oui/non	Si oui, précisez : (Rayez la mention inutile)	15°C - 25°C 2°C - 8°C Autres :
	Vos produits sont-ils soumis à des exigences réglementaires	Oui/non	Si oui, lesquelles :	

Cas des commissionnaires de transport

Commissionnaires de transport	Quel type de transport : - maritime - aérien - routier	Oui/non Oui/non Oui/non	Quels en sont les limites de responsabilité le cadre du transport aérien et/ou maritime)	Préciser les Incidents que vous souhaitez intégrer dans la démarche de certification	
	Avez-vous un sous-traitant qui représente 40% ou plus de votre CA	Oui/non	Si oui, votre (vos) sous-traitant(s) est-il (sont-ils) certifié(s) CERTIPHARM ?	Oui/non	

Informations relatives au périmètre de certification

Nombre de sites concernés par la certification (Siège inclus) :

Nombre d'employés total impliqués par la certification :

Existe-t-il un système de travail en équipe ?

Si oui, préciser ? (par ex : 2 x 8h, 3 x 8h...) :

Si oui, tous les sites sont-ils concernés par le travail en équipe (si non, merci de préciser les sites concernés) :

Indiquer s'il y a de la sous-traitance transport :

Si oui, quel est le pourcentage de la sous-traitance transport dans l'activité :

Informations générales								
Compléter une ligne par site concerné par la certification								
Nom du site	Adresse complète	Lien ou accord juridique	Activité principale	Effectif impliqué par la	Dont administratif	Dont conducteurs	Dont agent de	Dont employés à temps



Prestations de conseils

Avez-vous fait appel, durant les deux dernières années, à un organisme de conseil et/ou de formation dans la mise en place de votre système ?

Si oui, lequel ?

Informations complémentaires

Comment avez-vous connu CERTIPHARM ?

Quelles sont les raisons qui vous incitent à demander une certification/attestation CERTIPHARM ?

Nom, date et signature du rédacteur de la fiche

Formulaire

Date d'application : 02/01/2024 N°196

Version : 21

Page 6/6

TITRE :

**FICHE D'INFORMATIONS POUR LA CERTIFICATION TRANSPORTS
OU L'ATTESTATION DE CONFORMITE AUX BPD**