

# ANMELDUNG

## QUALITY+

- Firmenname \_\_\_\_\_
- Ansprechpartner \_\_\_\_\_
- Adresse \_\_\_\_\_
- PLZ/Ort \_\_\_\_\_
- Telefon \_\_\_\_\_
- Fax \_\_\_\_\_
- E-Mail \_\_\_\_\_
- Anzahl Mitarbeiter\* \_\_\_\_\_
- Prüfungszeitfenster\*\* \_\_\_\_\_
- Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

\* Gemäss Art. 21 der CPS Statuten

\*\* Gewünschtes Zeitfenster für die Durchführung des Audits