



Raport z auditu
wznawiającego
Nr certyfikatu: 75.100.6967



Strona 1 z 26



Raport z auditu wznawiającego
na zgodność z normą ISO 9001:2000

dla organizacji

Urząd Gminy w Nędzy
ul. J. III Sobieskiego 5





**Raport z auditu
wznawiającego**
Nr certyfikatu: 75.100.6967



Strona 2 z 26

Ocena skrócona	Organizacja wdrożyła, utrzymuje i doskonali SZJ zgodnie z wymaganiami normy ISO 9001:2000
Zleceniodawca:	Urząd Gminy 47-440 Nędza ul. J. III Sobieskiego 5
Pełnomocnik ds. jakości:	Katarzyna Paszenda
Numer zlecenia:	210/Q05/462
Norma:	ISO 9001:2000
Rodzaj auditu:	wznawiający
Termin auditu:	8-10.06.2005 r.
Auditor wiodący:	Jerzy Halicki
Auditor(-rzy):	

Wynik:

W ramach auditu wznawiającego Organizacja dostarczyła dowodu, że nadal w sposób skuteczny stosuje i udoskonala swój system zarządzania odpowiadający normom będącym podstawą auditu.

Rekomenduje się utrzymanie ważności certyfikatu TÜV CERT/ TÜV Rheinland InterCert.

11.06.2005 r.

Jerzy Halicki

Data

Auditor wiodący

Auditor (-rzy)



1. Cele i podstawy auditu

Celem było stwierdzenie, czy wymagania stawiane przez normę ISO 9001:2000 wobec systemu jakości zostały spełnione, co stanowi warunek przedłużenia ważności certyfikatu TÜV CERT/ TÜV Rheinland InterCert.

2. Czas trwania, miejsce i uczestnicy auditu

Miejsce/ lokalizacja przeprowadzania auditu:

Urząd Gminy
47-440 Nędza

ul. J. III Sobieskiego 5

Ze strony Jednostki Certyfikującej w audicie brali udział:

Auditor wiodący: Jerzy Halicki

Raport z auditu sporządził auditor wiodący: Jerzy Halicki

3. Podstawa certyfikacji

Audit został przeprowadzony w oparciu o normę ISO 9001.

Stosowane podczas auditu przepisy: ustawa z 8.03. 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. Nr 24 z 2001 r., poz. 1591 ze zm.), Instrukcja kancelaryjna dla organów gmin i związków międzygminnych (Dz. U. Nr 112 z 1999 r., poz. 1319 ze zm.), ustawa z 6.09.2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112 z 2001 r., poz. 1198 ze zm.), rozporządzenie ministra pracy i polityki socjalnej z 26.09.1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. Nr 169 z 2003 r. poz. 1650 ze zm.), rozporządzenie Rady Ministrów z 8.01.2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (Dz. U. Nr 5 z 2002 r., poz. 46), Ustawa z 26.06.1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. Nr 21 z 1998 r., poz. 94 ze zm.), ustawa z 7.07.1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. Nr 207 z 2003 r., poz. 2016 ze zm.), ustawa z 34.08.1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. Nr 147 z 2002 r., poz. 1229 ze zm.),

4. Dokumenty używane podczas auditu

Przed auditem została sprawdzona dokumentacja systemu ZJ zleceniodawcy. Z oceny tej sporządzony został w dniu 25.05.2005 r. Raport z oceny dokumentacji. Podczas auditu na miejscu sprawdzono również procedury i instrukcje robocze, zapisy dotyczące jakości.

Oznaczenie Księgi Jakości zleceniodawcy: egz. nr 3

Data wydania Księgi Jakości: 1.04.2004 r.

Data ostatniej rewizji procedur systemu ZJ: 8.04.2005 r.



5. Zakres ważności auditowanego systemu jakości

Zakres ważności certyfikatu: ewidencja ludności i dowody osobiste, urząd stanu cywilnego, obieg korespondencji, zamówienia publiczne

6. Ocena

Audit przeprowadzono zgonie z przepisami systemu jakości TÜV Rheinland InterCert. Podczas auditu stosowano zalecenia dokumentu QMD 3.2 – Opis procedury certyfikacji, która przesyłana jest zleceniodawcy przed rozpoczęciem procesu certyfikacji.

W ramach auditu na miejscu u zleceniodawcy sprawdzono praktyczne działanie systemu zarządzania jakością. Na podstawie dokumentacji systemu zarządzania jakością porównano poszczególne procesy z odpowiednio wdrożonymi uregulowaniami w praktyce. Podczas oceny kompetentne osoby przedstawiły swoje czynności w jasny i dający prześledzić się sposób za pomocą przykładów z codziennej praktyki. Auditorzy na miejscu wyjaśnili niedokładności, słabe miejsca regulacji i występujące podczas codziennej praktyki nieprawidłowości. Zamiarem auditorów było – poprzez sprawdzenie spełnienia postanowień normatywnych – stwierdzenie tkwiących w systemie sprzeczności oraz możliwości rozwoju.

Doświadczenia zgromadzone podczas auditu przekazano uczestnikom spotkania zamykającego.

Przedstawiony Raport z auditu zawiera zebrane przed auditem wyniki oceny dokumentacji oraz wyniki samego auditu na miejscu. Informacje o wynikach przeprowadzonych po audicie działania korygujących oraz o spełnieniu wymagań normy zawarte są w Raporcie końcowym z auditu.

Raport końcowy z auditu zawiera decyzję dyrektora jednostki certyfikującej o wydaniu certyfikatu, względnie jego odmowie wydania lub też anulowaniu i zwrocie certyfikatu wcześniej wydanego.



7. Ocena elementów normy

Nr elementu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
4	System zarządzania jakością	<u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Organizacja ustanowiła, udokumentowała, wdrożyła i utrzymuje SZJ oraz doskonali jego skuteczność zgodnie z wymaganiami normy ISO 9001:2000	1	
4.1	Wymagania ogólne	<u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Organizacja: - zidentyfikowała procesy (s. 11-19 oraz 20- 23 KJ), - określiła ich sekwencje oraz wzajemne powiązania (zał. nr 2 do KJ), - określiła kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skuteczności przebiegu oraz nadzorowania tych procesów (Plan poprawy jakości z 17.12.2004), - zapewniła dostępność zasobów i informacji niezbędnych do wspomaganie przebiegu i monitorowania tych procesów (Budżet Gminy Nędza na 2005 rok z 13.12.2004), - monitoruje, mierzy i analizuje te procesy (zbiór ankiet badania zadowolenia klienta zewnętrznego za okres styczeń – marzec 2005), - wdrożyła działania do osiągnięcia zaplanowanych wyników i ciągłego doskonalenia tych procesów (Protokół nr 2/2004 z przeglądu SZJ z 17.12.2004	1	
4.2	Wymagania dotyczące dokumentacji	<u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Wyniki analizy dokumentacji pozwalają pozytywnie ocenić spełnienie przez Organizację wymagań w zakresie dokumentacji. Ustalono, że liczba oraz rodzaje opracowanych dokumentów systemu zarządzania jakością (SZJ) oraz zaprojektowany sposób dokonywania w nich zmian są wystarczające do skutecznego wykorzystania w procesie zarządzania. Formularze są adekwatne do potrzeb praktyki administracyjnej. System zarządzania jakością został opisany w Księdze jakości w sposób prawidłowy i dotyczy prowadzonej działalności. Został sporządzony wg punktów wymagań normy EN ISO 9001:2000. Przyjęte regulacje i struktura dokumentacji oraz przydzielone odpowiedzialności są adekwatne do działalności Organizacji. Wyłączono punkt 7.3 normy, tj. Projektowanie i rozwój wyrobu. W sposób prawidłowy zidentyfikowano również	1	



Nr elem entu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		<p>procesy występujące w Organizacji (4 procesy, tj. odpowiedzialność kierownictwa, pomiar i doskonalenie, zakupy, realizacja usług), a opisane na s. 11-19 oraz 20- 23 KJ.</p> <p><u>Ocena szczegółowa:</u></p> <p>Dokumentacja SZJ obejmuje</p> <ul style="list-style-type: none">a) politykę jakości (s. 12 KJ),b) cele jakości (cele jakości s.12 KJ),c) księgę jakości (1.04.2004 r.),d) 12 procedur (np. P-1.1 Zarządzanie dokumentacją systemu zarządzania jakością), w tym 6 wymaganych przez normę ISO 9001:2000,e) zapisy (zatwierdzenie w dniu 1.04.2004 r. przez Wójta Gminy KJ),f) niezbędne inne dokumenty potrzebne do zapewnienia skutecznego planowania, realizacji, kontroli oraz kierowania zidentyfikowanymi procesami (np. formularz „Raport z auditu”), niezbędne do stosowania w praktyce zarządczej w ujęciu operatywnym oraz strategicznym. <p>W księdze jakości zawarto informacje wymagane przez normę ISO 9001:200, a mianowicie: :</p> <ul style="list-style-type: none">a) zakres systemu zarządzania jakością, łącznie z uzasadnieniem zastosowanych wyłączeń (s. 7 KJ),b) odwołanie do procedur (np. s. 211KJ),c) opis wzajemnego oddziaływania pomiędzy procesami występującymi w przedsiębiorstwie (załącznik nr 2 do kJ). <p>Całość zagadnień związanych z nadzorem nad dokumentacją zawarto w procedurze Zarządzanie dokumentacją systemu zarządzania jakością).</p> <p>W czasie auditu ma miejscu badaniu poddano również nadzór nad dokumentacją. Zebrane dowody pozwalają wydać pozytywną ocenę w tym zakresie, co przejawia się</p>		



**Raport z auditu
wznawiającego**
Nr certyfikatu: 75.100.6967



Strona 7 z 26

Nr elem entu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena)	Nr rap. o niezg.
		<p>między innymi w:</p> <p>a) zgodnym z wymaganiami normy ISO 9001:2000 dokonywaniu zatwierdzeń dokumentów pod względem ich adekwatności, zanim zostaną wydane (zatwierdzenie przez Wójta Gminy Nędza w dniu 22.09.2004 r. procedury P-1.1 Zarządzanie dokumentacją systemu zarządzania jakością),</p> <p>b) właściwej dystrybucji dokumentacji SZJ (rozdzielnik procedury P-1.1 Zarządzanie dokumentacją systemu zarządzania jakością), tym samym zapewniony został dostęp wszystkim pracownikom do dokumentów w zakresie koniecznym i niezbędnym do starannego wykonywania przez nich czynności, zadań oraz przedsięwzięć,</p> <p>c) poprawnym dokonywaniu aktualizacji oraz nadawaniu statusu zmian dokumentom, przez co zapewniono ciągłą merytoryczną ich przydatność (Zmiana stron 12 i 15 w 8.04.2005 procedury 3.1 Zamówienia publiczne),</p> <p>d) czytelności dokumentów oraz łatwości ich identyfikacji (np. procedurę dot. dokumentacji SZJ oznakowano dwoma sposobami, tj. poprzez nadanie jej tytułu „Zarządzanie dokumentacją systemu zarządzania jakością” oraz symbolem „P-1.1”),</p> <p>e) poprawnej identyfikacji oraz rozpowszechnianiu dokumentów pochodzących z zewnątrz (Rejestr korespondencji z 30.05.2005),</p> <p>f) właściwym zapobieganiu niezamierzonemu stosowaniu i dokumentów nieaktualnych (dokumenty są niszczone w „niszczarce”).</p> <p>Należycie realizowany jest również nadzór nad zapisami, co przejawia się między innymi poprzez:</p> <p>a) utrzymywanie zapisów dostarczających dowodów zgodności z wymaganiami oraz dowodów skuteczności funkcjonowania SZJ (Protokół nr 2/2004 z przeglądu SZJ z 17.12.2004),</p> <p>b) czytelność, łatwość identyfikacji i odszukania pożądaných dokumentów (ogłędziny w dniu 9.06.2005 – ogłędziny w dniu 8.06.2005 (dokumenty gromadzone w oznakowanych segregatorach).</p> <p>Całość zagadnień związanych z nadzorem nad zapisami uregulowano w procedurze pt. „Nadzór nad dokumentacją techniczną, normami, danymi i zapisami jakości” (P-1.3)</p>		



**Raport z auditu
wznawiającego**
Nr certyfikatu: 75.100.6967



Strona 8 z 26

Nr elementu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		<u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.		
5.	Odpowiedzialność kierownictwa	<u>Krótką oceną podsumowująca:</u> W czasie auditu na miejscu stwierdzono wysokie zaangażowanie najwyższego kierownictwa w czasie utrzymywania i doskonalenia SZJ, silną orientację na klienta, opracowanie polityki jakości odpowiadającej przedmiotowi prowadzonej działalności, prawidłowe określenie odpowiedzialności, uprawnień oraz komunikacji, a także rzetelne przeprowadzenie przeglądu SZJ. <u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.	1	
5.1	Zaangażowanie kierownictwa	<u>Krótką oceną podsumowująca:</u> Bardzo wysoko ocenia się odpowiedzialność najwyższego kierownictwa za zapewnienie warunków umożliwiających skuteczne wdrożenie, funkcjonowanie i doskonalenie SZJ. Nie stwierdzono żadnych zaniedbań i zaniechań w tym zakresie. Przejawia się to między innymi w: a) zakomunikowaniu pracownikom znaczenia spełnienia wymagań klienta zewnętrznego, który jest dostarczycielem przychodów dla Organizacji (rozmowa na powyższy temat z p. Ilona Zoń), a także spełnienia wymogów prawnych [ustawa z 8.03. 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. Nr 24 z 2001 r., poz. 1591 ze zm.)], b) realizowaniu realnej polityki jakości oraz wpływających z niej celów jakości. Na pozytywne podkreślenie zasługują skuteczne upowszechnienie polityki jakości wśród załogi, co potwierdzone zostało jej zrozumieniem przez pracowników, upowszechnienie celów jakości, co znalazło odzwierciedlenie w ich znajomości na wszystkich stanowiskach pracy (rozmowa na temat zrozumienia polityki jakości oraz celów z p. Ilona Zoń), mierzalność celów jakości (wymiar ilościowy i czasowy celów (utrzymanie dotychczasowej terminowości <i>załatwienia spraw</i> w Urzędzie w 2005 roku), a także zobowiązanie	1	



**Raport z auditu
wznawiającego**
Nr certyfikatu: 75.100.6967



Strona 9 z 26

Nr elementu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		<p>najwyższego kierownictwa do ciągłego doskonalenia SZJ (s.21 KJ),</p> <p>c) wystarczającym udostępnieniu zasobów kapitałowych, ludzkich oraz rzeczowych (Budżet Gminy Nędza na 2005 rok z 13.12.2004 r.),</p> <p>d) realnym planowaniu systemu zarządzania jakością (Strategia rozwoju lokalnego gminy Nędza z 25.10.2004, Plan gospodarki odpadami z 25.10.2004, Program ochrony środowiska na lata 2004-2015, Plan rozwoju lokalnego Gminy Nędza z 25.10.2004, Budżet Gminy Nędza na 2005 rok z 13.12.2004 r.),</p> <p>e) określeniu obowiązków i uprawnień osobom funkcyjnym (s. 13 KJ),</p> <p>f) wyznaczeniu przedstawiciela najwyższego kierownictwa z jednoczesnym określeniem mu obowiązków i uprawnień (uprawnienia na s. 15 KJ, obowiązki - pismo Wójta Gminy Nędza z 31.10.2003 o określeniu obowiązków i uprawnień Pełnomocnikowi SZJ),</p> <p>g) wdrożeniu i utrzymywaniu skutecznej komunikacji wewnętrznej (Lista obecności na spotkaniu wewnętrznym z 3,06.2005).</p> <p><u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.</p>		
5.2	Orientacja klienta	<p><u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Najwyższe kierownictwo zapewniło, że wymagania klienta zostały określone i spełnione w celu zwiększenia jego zadowolenia (zbiór ankiet zadowolenie klienta zewnętrznego oraz wewnętrznego za okres, odpowiednio, styczeń – marzec 2005 oraz maj 2005)</p> <p><u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.</p>	1	
5.3	Polityka jakości	<p><u>Krótką oceną podsumowującą:</u></p>	1	



**Raport z auditu
wznawiającego**
Nr certyfikatu: 75.100.6967



Strona 10 z 26

Nr elementu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		<p>Najwyższe kierownictwo zapewniło, że polityka jakości:</p> <ul style="list-style-type: none">- jest odpowiednia do celu istnienia Organizacji (rozmowa z Wójtem Gminy p. F. Marcol oraz Sekretarzem Gminy p. K. Tront),- zawiera zobowiązanie do spełnienia wymagań i ciągłego doskonalenia skuteczności SZJ (s.12 KJ),- tworzy ramy do ustanowienia i przeglądu celów dotyczących jakości (s. 12 KJ),- jest zakomunikowana i zrozumiała w Organizacji (rozmowa z W. Wieczorek, D. Kuźnik, M. Żyła),- jest przeglądana pod względem jej przydatności (protokół z przeglądu SZJ z 17.12.2004 r.) <p><u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.</p>		
5.4	Planowanie	<p><u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Najwyższe kierownictwo:</p> <ul style="list-style-type: none">- planuje SZJ (Plan auditów na 2005 r. z 28.12.2004),- planuje cele jakości dla funkcji oraz szczebli Organizacji (Plan poprawy jakości z 17.12.2004, s. 12 KJ, rozmowa z J. Kuźma) <p><u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.</p>	1	
5.5	Odpowiedzialność, uprawnienia, komunikacja	<p><u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Najwyższe kierownictwo zapewnia, że:</p> <ul style="list-style-type: none">- odpowiedzialność, uprawnienia i komunikacja zostały określone i zakomunikowane w Organizacji- wyznaczono przedstawiciela najwyższego kierownictwa z jednoczesnym określeniem mu obowiązków i uprawnień (uprawnienia na s. 15 KJ, obowiązki - pismo Wójta Gminy Nędza z 31.10.2003 o określeniu obowiązków	1	



**Raport z auditu
wznawiającego**
Nr certyfikatu: 75.100.6967



Strona 11 z 26

Nr elementu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		Pełnomocnikowi SZJ), - wdrożono i utrzymuje się skuteczną komunikację wewnętrzną w odniesieniu do skuteczności SZJ (wersja elektroniczna , narady J), <u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.		
5.6	Przeгляд zarządzania	<u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Najwyższe kierownictwo przeprowadziło przegląd SZJ oraz poprawnie go udokumentowała (Protokół nr 2/2004 z przeglądu SZJ 17.12.2004 r.). Dane wejściowe do przeglądu określono prawidłowo (Informacja do przeglądu SZJ sporządzona przez Pełnomocnika ds. SZJ z 6.12.2004 r.). Dane wyjściowe, w postaci zaleceń i zadań, należy uznać za spełniające w tym zakresie wymagania normy ISO 9001:2000 (protokół nr 2/2004 z przeglądu SZJ z 17.12.2004 r., Plan poprawy jakości nr 2/2004 z 17.12.2004 r.) <u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.	1	
6	Zarządzanie zasobami	<u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Organizacja spełnia wymagania normy w zakresie zapewnienia odpowiednich zasobów ludzkich, rzeczowych i finansowych niezbędnych w procesie przygotowania i realizacji usług zgodnie z wymaganym standardem rynkowym. <u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.	1	
6.1	Zapewnienie zasobów	<u>Krótką oceną podsumowującą:</u>	1	



**Raport z auditu
wznawiającego**
Nr certyfikatu: 75.100.6967



Strona 12 z 26

Nr elementu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		<p>Organizacja określiła i zapewnia zasoby potrzebne do:</p> <ul style="list-style-type: none">- utrzymywania SZJ i ciągłego doskonalenia jego skuteczności (Budżet Gminy Nędza na 2005 rok z 13.12.2004 wraz z pozytywną opinią RIO, Wieloletni program inwestycyjny z 13.12.2004 r.),- zwiększenia zadowolenia klienta przez spełnienie jego wymagań (zbiór ankiet zadowolenie klienta zewnętrznego oraz wewnętrznego za okres, odpowiednio, styczeń – marzec 2005 oraz maj 2005). <p><u>Nie zgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.</p>		
6.2	Zasoby ludzkie	<p><u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Organizacja spełnia wymagania normy w zakresie zapewnienia odpowiednich zasobów ludzkich, niezbędnych w procesie przygotowania i realizacji usług zgodnie z wymaganym standardem rynkowym, co znalazło odzwierciedlenie w:</p> <ul style="list-style-type: none">a) określeniu niezbędnych kompetencji pracowników, których wykonywane czynności mają wpływ na jakość (s. 13 KJ),a) objęciu procesem szkoleń pracowników nie posiadających wymaganych kwalifikacji, a także pracowników, u których ciągłe podnoszenie kwalifikacji jest konieczne i niezbędne (Plan szkoleń na 2005 rok z 7.02.2005, Realizacja planu szkoleń za rok 2004 z 7.02.2005 r.),b) prowadzeniu pomiaru i oceny skuteczności szkoleń zewnętrznych (Karta indywidualna pracownika K. Paszendy-. Ukończone szkolenia z 28.01.2003 r.),c) wysokiej świadomości pracowników dotyczącej istoty i ważności wykonywanych czynności za pomocą których przyczyniają się do osiągnięcia celów jakości (rozmowa z .p. K. Porombka oraz J. Kuśma),d) utrzymywaniu zapisów dotyczących planowania i realizacji szkoleń, a także innych, wynikających z nabytych umiejętności i doświadczenia zawodowego (Realizacja planu szkoleń za rok 2004 z 7.02.2005). <p><u>Nie zgodności:</u></p>	1	



**Raport z auditu
wznawiającego**
Nr certyfikatu: 75.100.6967



Strona 13 z 26

Nr elementu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.		
6.3	Infrastruktura	<u>Krótką oceną podsumowująca:</u> Pozytywnie ocenia się także spełnienie przez Organizację wymagań w zakresie infrastruktury, co znalazło odzwierciedlenie w: a) utrzymaniu w należyтым stanie technicznym nieruchomości budynkowych, budowlanych oraz gruntowych (ogłędziny w dniu 8.06.2005 r.- budynek w trakcie zakładania izolacji termicznej, książka obiektu z 12.10.1999 r., Protokół z badania skuteczności zerowania z 1.06. 2004 r.), b) wyposażeniu stanowisk pracy w sprzęt (krzesła obrotowe o 360 ^o ,Wykaz sprzętu – s. 18 KJ), c) stosowaniu usług pomocniczych, ułatwiających oraz zstępujących wykonywanie pracy fizycznej, takich jak oprogramowanie : WORD 98, Exell, Program księgowy, Program płacowy, System informatyczny „Zamówieni publiczne”). <u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Stwierdzono: a) brak widocznego oznakowania ograniczenia prędkości jazdy pojazdów samochodowych na terenie Organizacji, b) .niekompletne wyposażenie sanitariatów w uchwyty dla osób niepełnosprawnych.	2	
6.4	Środowisko pracy	<u>Krótką oceną podsumowująca:</u> Nie stwierdzono zaniedbań w zakresie środowiska pracy. Dowody z auditu potwierdzają fakt, że Organizacja określiła poprawnie zakres środowiska pracy potrzebnego do osiągnięcia zgodności z wymaganiami dotyczącymi usługi oraz do skutecznego zarządzania środowiskiem (ocena ryzyka zawodowego dla stanowiska Dyrektora Szkoły Podstawowej z 25.06.2004, ocena warunków pracy na	1	



**Raport z auditu
wznawiającego**
Nr certyfikatu: 75.100.6967



Strona 14 z 26

Nr elementu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe z 28.06.2004). <u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.		
7	Realizacja wyrobu	<u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Organizacja w poprawny sposób planuje i realizuje procesy związane z przygotowaniem usług, ich uruchomieniem, dostarczeniem klientowi oraz nadzorowaniem wyposażenia do monitorowania i pomiarów. <u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.	1	
7.1	Planowanie realizacji wyrobu	<u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Organizacja określiła: a) cele dotyczące jakości i wymagania dotyczące usług (Plan poprawy jakości z 17.12.2004, b) potrzeby dotyczące ustanowienia procesów, dokumentów oraz zapewnienia specyficznych zasobów dla wyrobu (budżet gminy Nędza na 2005 rok z 13.12.2004 r.) c) wymagania dotyczące weryfikacji, walidacji, monitorowania, kontroli i badań, specyficzne dla usług oraz kryteria przyjęcia wyrobów (uchwała Rady Gminy nr XXX/279/05 z 14.03.2005 w sprawie uchwalenia Regulaminu Udzielania pomocy materialnej o charakterze socjalnym dla uczniów zamieszkałych na terenie Gminy) d) zapisy potrzebne do dostarczenia dowodów, że procesy realizacji i usługa będąca ich wynikiem spełniają wymagania z zakresu nadzoru nad zapisami (uchwała Rady Gminy nr XXV/230/2004 z 25.10.2004 r. w sprawie uchwalenie Regulaminu wynagradzania nauczycieli w Gminie Nędza).	1	



**Raport z auditu
wznawiającego**
Nr certyfikatu: 75.100.6967



Strona 15 z 26

Nr elementu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		<u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.		
7.2	Procesy związane z klientem	<u>Krótką oceną podsumowująca:</u> Organizacja określiła a) wymagania wyspecyfikowane przez klienta, w tym wymagania dotyczące dostawy i działań podstawie (wniosek p. D. Nowak z 13.03.2005 w sprawie przyznania stypendium szkolnego), b) wymagania nie wyspecyfikowane, ale niezbędne do właściwego funkcjonowania Urzędu (decyzja nr PPŚP 1/2005 z 8.02.2005 w sprawie opróżnienia zbiorników bezodpływowych i transportu nieczystości ciekłych), c) wymagania ustawowe i przepisy dotyczące usług [(ustawa z 8.03. 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. Nr 24 z 2001 r., poz. 1591 ze zm.), Instrukcja kancelaryjna dla organów gmin i związków międzygminnych (Dz. U. Nr 112 z 1999 r., poz. 1319 ze zm.), ustawa z 6.09.2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112 z 2001 r., poz. 1198 ze zm.), rozporządzenie ministra pracy i polityki socjalnej z 26.09.1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. Nr 169 z 2003 r. poz. 1650 ze zm.), rozporządzenie Rady Ministrów z 8.01.2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (Dz. U. Nr 5 z 2002 r., poz. 46)], d) wymagania ustalone przez Organizację (godziny przyjmowania mieszkańców Gminy przez Wójta Gminy Nędza w sprawach skarg i wniosków). <u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.	1	



**Raport z auditu
wznawiającego**
Nr certyfikatu: 75.100.6967



Strona 16 z 26

Nr elementu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
7.4	Zakupy	<p><u>Krótką oceną podsumowująca</u></p> <p>Organizacja dostarczyła dowodów potwierdzających, że zakupione wyroby spełniają wyspecyfikowane wymagania, dokonuje oceny i wyboru dostawców na podstawie ich zdolności do dostarczenia wyrobu zgodnego z wymaganiami oraz ustanowiła kryteria wyboru, oceny i ponownej oceny, a także utrzymuje zapisy wyników ocen i innych działań wynikających z oceny, co znalazło odbicie w:</p> <ul style="list-style-type: none">a) określeniu informacji dotyczących zakupów (Druk ZP-14 do postępowania przetargowego w zakresie kompleksowego remontu boiska – II etap z 4.03.2005),b) nabywaniu towarów ze źródeł kwalifikowanych (faktura VAT nr FAS/23/4/2005 z 28.04.2005),c) weryfikacji zakupywanych wyrobów (Umowa nr 1/1/2/2005 z 16.03.2005 o wykonanie robót budowlanych „Kompleksowy remont boiska”, Protokół odbioru robót końcowych z 28.04.2005 w kompleksowego remontu boiska – II etap, Protokół z 29.03.2005 o konieczności wykonania robót nie objętych dokumentacją projektowo-kosztorysową). <p><u>Nie zgodności:</u> Nie stwierdzono.</p> <p><u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.</p>	1	
7.5	Produkcja i dostarczanie usługi	<p><u>Krótką oceną podsumowująca:</u></p> <p>Organizacja w poprawny sposób planuje i realizuje procesy związane z przygotowaniem usług, ich uruchomieniem, dostarczeniem klientowi oraz nadzorowaniem wyposażenia do monitorowania i pomiarów, co znalazło odzwierciedlenie w:</p> <ul style="list-style-type: none">a) poprawnym planowaniu realizacji usług poprzez:<ul style="list-style-type: none">- określenie celów jakości i wymagań usług (Plan poprawy jakości z 17.12.2004),	1	

Nr elem entu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		<p>- ustanowienie procesów, dokumentów oraz zasobów potrzebnych do wykonania usługi (Budżet Gminy Nędza na 2005 rok z 13.12.2004 r.),</p> <p>- sporządzanie zapisów potwierdzających zdolność, że procesy realizacji i usługi będące ich wynikiem spełniają określone wcześniej wymagania (Rejestr decyzji o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu Gminy Nędza wydanych w 2002 roku),,</p> <p>b) poprawnym utrzymywaniu procesów związanych z klientami zewnętrznymi poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - określenie wymagań dotyczących usługi, wyspecyfikowanych oraz nie wyspecyfikowanych przez klienta zewnętrznego (Wniosek z 19.04.2005 r. o ustalenie warunków zabudowy i zagospodarowania terenu z 19.04.2005r.), - komunikację z klientem oraz przegląd wymagań dotyczących wyrobu (pisemna odpowiedź Urzędu Gminy Nędza z 26.04.2005 r. informująca zainteresowanego o trybie i sposobie załatwienia sprawy), - udzielanie informacji o usługach, zapytania handlowe, postępowania z umowami, łącznie ze zmianami, reklamacjami (BIP, Informator – Kalendarz o Gminie Nędza, Lokalna prasa „Nowiny Raciborskie”, stałe audycje radiowe w Radio Wanessa, strona internetowa www.nedz.pl, tablice ogłoszeń w budynku Urzędu Gminy), <p>c) efektywnej realizacji procesu usług poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ciągle nadzorowanie procesu usług, w tym zwalnianie usług, co znalazło odbicie w dostępności informacji, w której określono wymagane właściwości usług (decyzja nr RO-9120-1/2005 z maja 2005 r. wójta Gminy Nędza w sprawie przyznania stypendium socjalnego wraz z podpisem oraz pieczęcią Radcy Prawnego), - stosowaniu właściwego wyposażenia (Wykaz środków trwałych w Urzędzie Gminy, Spis inwentarza w pokoju nr 11, odpowiedzialna p. K. Paszenda.) oraz wdrożeniu i monitorowaniu pomiarów (Wykaz wyposażenia do monitorowania i pomiarów procesów z 11.09.04), 		



Nr elem entu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		<p>- walidację procesu usług (uchwała nr XXX/279/05 Rady Gminy Nędza z 14.05.2005 w sprawie uchwalenia regulaminu udzielania pomocy materialnej o charakterze socjalnym dla uczniów zamieszkałych na terenie Gminy Nędza),</p> <p>- należyta identyfikację i identyfikowalność usług w procesie ich świadczenia (realizacji) oraz nadawanie im statusu (identyfikacja i identyfikowalność poprzez znak sprawy, np. RO-9129-1/2005 dot. decyzji wójta Gminy z maja 2005 r.),</p> <p>- sprawowanie pieczy nad własnością klienta (kody dostępu do informacji elektronicznej, dokumenty klientów w szafach zamykanych na klucz, dokumenty niejawnne w kancelarii niejawnnej),</p> <p>- skuteczne zabezpieczenie usług w trakcie procesu ich świadczenia oraz w czasie dostarczania do miejsca przeznaczenia (kody dostępu do informacji elektronicznej),</p> <p><u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.</p>		
7.6	Nadzorowanie wyposażenia monitorowania do	<p><u>Krótką oceną podsumowująca:</u> Organizacja w skuteczny sposób monitoruje procesy oraz nadzoruje wyposażenie do monitorowania i pomiarów, co znalazło odzwierciedlenie w:</p> <p>a) ustaleniu wykazu procesów wymagających monitorowania i pomiarów oraz częstotliwości wykonywania pomiarów (s. 23 KJ),</p> <p>b) sprawdzaniu urządzeń pomiarowych w określonych odstępach czasu (Wykaz wyposażenia do monitorowania i pomiarów procesów z 11.09.2004, Harmonogram okresowej kontroli wyposażenia do monitorowania i pomiarów z 12.09.04),</p> <p>c) zapewnieniu właściwych warunków przechowywania przyrządów kontrolno-pomiarowych (ogłędziny w dniu 8.06.2005 r. - przechowywane zgodnie z warunkami producenta).</p> <p><u>Niezgodności:</u></p>	1	



**Raport z auditu
wznawiającego**
Nr certyfikatu: 75.100.6967



Strona 19 z 26

Nr elementu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.		
8	Pomiary, analiza i doskonalenie	<u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Organizacja poprawnie monitoruje oraz mierzy procesy i usługi, analizuje ich przebieg, a także doskonalą skuteczność SZJ <u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.	1	
8.1	Postanowienia ogólne	<u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Organizacja zaplanowała i wdrożyła procesy monitorowania, pomiaru, analizy i doskonalenia potrzebne do: a) wykazania zgodności wyrobu (zezwolenie nr 6435/A/7/2005 z 16.05.2005 wójta Gminy Nędza na sprzedaż napojów alkoholowych, decyzja nr PPSP 1/2005 z 8.02.2005 Wójta Gminy Nędza w sprawie opróżniania zbiorników bezodpływowych), b) zapewnienia zgodności SZJ (Protokół nr 2/2004 z przeglądu SZJ z 17.12.2004), c) ciągłego doskonalenia skuteczności SZ (Raport nr 3/2005 z 23.03.2005 z auditu wewnętrznego). <u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.	1	
8.2	Monitorowanie pomiarów	<u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Poprawnie, tj. przy zastosowaniu właściwych metod socjologicznych oraz statystycznych dokonano pomiaru i oceny zadowolenia klienta zewnętrznego (zbiór ankiet z badania zadowolenia klienta zewnętrznego za okres, odpowiednio, styczeń – marzec oraz maj 2005 r.). W poprawny również sposób zaplanowano oraz przeprowadzono audyty wewnętrzne (Plan wewnętrznych auditów jakości na 2005 rok z 28.12.2004, Raport nr 3/2005 z 23.03.2005 z auditu wewnętrznego). Plan auditów zawierał.	1	



**Raport z auditu
wznawiającego**
Nr certyfikatu: 75.100.6967



Strona 20 z 26

Nr elem entu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		<p>kryteria auditu, zakres auditu, częstotliwość i metody, a więc informacje wymagane przez normę ISO 9001:2000.</p> <p>Dobór auditorów, z punktu widzenia ich przygotowania merytorycznego oraz zachowania obiektywności i bezstronności w procesie auditowania nie budzi żadnych uwag (Wykaz auditorów wewnętrznych z 20.11.2003, zaświadczenie nr S/2001/70 z 13.09.2001 wydane p. W. Kalus przez Towarzystwo Konsultantów Polskich M. Rączka).</p> <p>Odpowiedzialność za planowanie i przeprowadzenie auditów zostały ustalone właściwie (Procedura P-2.1 Audity wewnętrzne).</p> <p>Nie zgłasza się zastrzeżeń do monitorowania i pomiaru procesów. Zastosowane w praktyce administracyjnej metody są adekwatne do przedmiotu działalności Organizacji i wykazują zdolność występujących w niej procesów do osiągnięcia zaplanowanych wyników, w tym zgodność usług z wymaganiami (Analiza wskaźników podstawowych procesów Urzędu Gminy za lata 2002-2004 z 10.01.2005).</p> <p>Pozytywnie ocenia się także monitorowanie i pomiar wyrobów. Sporządzony plan pomiarów wraz z częstotliwością przeprowadzania pomiarów jest wystarczający (Analiza wskaźników podstawowych procesów nr 1/2005 z 3.01.2005) do podjęcia decyzji o spełnienia bądź niespełnieniu wymagań dotyczących usług (Wniosek wnioskodawcy z 212.04.2005 z prośbą o wydanie zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych, Postanowienie gminnej Komisji rozwiązywania problemów alkoholowych z 10.05.2005, zezwolenie nr 6435/A/7/2005 z 16.05.2005 Wójta Gminy Nędza). Zapisy z pomiarów są utrzymywane, a zwalnianie usług następuje przez złożenie pieczęci i podpisu Wójta Gminy Nędza, po uprzednim sprawdzeniu o złożeniu podpisów przez osób sporządzających projekt zezwolenia oraz radcy prawnego (zezwolenie nr 6435/A/7/2005 z 16.05.2005 Wójta Gminy Nędza).</p> <p><u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono.</p> <p><u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.</p>		
8.3	Nadzór nad wyrobem niezgodnym	<p><u>Krótką oceną podsumowująca:</u> Organizacja identyfikuje i nadzoruje usługi niezgodne z</p>	1	

Nr elem entu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		<p>wymaganiami, aby zapobiec przed ich niezamierzonym użyciem lub dostarczeniem, co znalazło odzwierciedlenie w:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) podejmowaniu działań w celu wyeliminowania stwierdzonych niezgodności (Raport nr 9/2005 z 11.04.2005 z działań korygujących i zapobiegawczych), b) właściwej identyfikacji i nadzorowaniu wyrobów nie spełniających wymagań (uchwała nr XXX/279/05 Rady Gminy Nędza z 14.05.2005 w sprawie uchwalenia regulaminu udzielania pomocy materialnej o charakterze socjalnym dla uczniów zamieszkałych na terenie Gminy Nędza), c) nadaniu uprawnień wybranym osobom do zwalniania decyzji oraz przyjęcia wyrobów (zarządzenie nr 01521/2/03 Wójta Gminy Nędza z 28.11.2003 upoważniające sekretarza Gminy do składania jednoosobowo oświadczeń woli w imieniu Gminy), d) utrzymywaniu zapisów dotyczących niezgodności i wszelkich później podejmowanych działań (uchwała nr XXXI/293/05 Rady Gminy Nędza z 18.04.2005 w sprawie uchwalenia regulaminu udzielania pomocy materialnej o charakterze socjalnym dla uczniów zamieszkałych na terenie Gminy Nędza). <p><u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono.</p> <p><u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.</p>		
8.4	Analiza danych	<p><u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Organizacja określiła, zbiera i analizuje odpowiednie dane w celu wykazania przydatności i skuteczności SZJ oraz w celu oceny możliwości prowadzenia ciągłego doskonalenia jego skuteczności, co znalazło odzwierciedlenie w takich działaniach, jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) analiza poziomu zadowolenia klienta zewnętrznego (Rejestr skarg i wniosków z 3.01.2003), b) analiza zgodności wyrobu z wymaganiami (Zbiór ankiet badania zadowolenia klienta zewnętrznego i wewnętrznego za okres, odpowiednio, styczeń – marzec 2005 oraz maj 2005.), c) analiza właściwości i trendów procesów oraz wyrobów (analiza porównawcza gmin wiejskich z 30.05.2005), c) analiza dostawców z punktu widzenia ich 	1	



**Raport z auditu
wznawiającego**
Nr certyfikatu: 75.100.6967



Strona 22 z 26

Nr elementu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		<p>zdolności do spełnienia wymagań stawianych przez Organizację (Umowa nr 1/II/2/2005 z 16.03.2005 o wykonanie robót budowlanych „Kompleksowy remont boiska”, Protokół odbioru robót końcowych z 28.04.2005 w kompleksowego remontu boiska – II etap, Protokół z 29.03.2005 o konieczności wykonania robót nie objętych dokumentacją projektowo-kosztorysową).</p> <p><u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.</p>		
8.5	Doskonalenie	<p><u>Krótką oceną podsumowującą:</u> Organizacja zaprojektowała, wdrożyła i podejmuje działania zmierzające do ciągłego doskonalenia SZJ, co znalazło odzwierciedlenie w przeprowadzonych auditach wewnętrznych, analizie danych, podejmowaniu działań korygujących i zapobiegawczych oraz przeprowadzeniu przeglądu SZJ przez najwyższe kierownictwo. Podczas analizy dokumentacji działań korygujących stwierdzono, co następuje:</p> <p>a) ustala się przyczyny niezgodności (Karta działań korygujących nr 2 z 19.10.04, Diagram przyczynowo-skutkowy z badania braków wpisów do Rejestru korespondencji z 23.03.2005),</p> <p>b) sporządzane są zapisy z podjętych działań korygujących (Karta niezgodności działań korygujących nr 3/2005 z 23.03.2005, Raport z działań korygujących i zapobiegawczych nr 10/2005 z 20.04.2005),</p> <p>c) dokonuje się przeglądu podjętych działań korygujących (Karta działań korygujących nr 2 z 19.10.04),</p> <p>d) podejmowane są działania korygujące (Karta działań korygujących nr 2 z 19.10.04),</p> <p>Analiza dokumentacji działań zapobiegawczych dowiodła natomiast o określeniu przez Organizację przyczyn potencjalnych niezgodności w celu zapobiegania ich wystąpieniu, co przejawia się między innymi w:</p> <p>a) ustaleniu potencjalnych niezgodności i ich przyczyn (Karta niezgodności i działań korygujących nr 1/2003 z 28.03.2003),</p> <p>b) przeprowadzeniu oceny potrzeby działań zapobiegawczych wystąpieniu niezgodności (Raport z działań korygujących i zapobiegawczych nr 13/2005 z 23.05.2005),</p>	1	



Nr elementu	Rozdział	Ocena/ Uwagi/ Zalecenia	Ocena *)	Nr rap. o niezg.
		c) ustalaniu i wdrażaniu niezbędnych działań (Informacja o stanie obsługi spraw w okresie od 9 do 13 maja 2995 r.), d) dokonywaniu przeglądu podjętych działań (Informacja o stanie obsługi spraw w okresie od 9 do 13 maja 2995 r). <u>Niezgodności:</u> Nie stwierdzono. <u>Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:</u> Brak.		

Legenda: *) 1=wymaganie spełnione, 2=spełnione z możliwością poprawy, 3=wymaganie niespełnione- niezgodność (patrz Raport o niezgodności), 4=nie dotyczy

8. Wskazówki dotyczące auditu certyfikującego

8.1 Możliwości poprawy

W czasie auditu na miejscu stwierdzono możliwość poprawy SZJ w procesie infrastruktury poprzez:

- zamieszczenie w widocznym miejscu znaku ograniczającego prędkość jazdy pojazdów samochodowych na terenie Organizacji,
- doposażenie sanitariatów w uchwyty dla osób niepełnosprawnych.

8.2 Ustawiczne doskonalenie

Pozytywnie ocenia się także proces doskonalenia systemu zarządzania jakością, głównie poprzez ustanowienie realnej polityki jakości, przeprowadzanie auditów wewnętrznych, analizę danych wejściowych i wyjściowych zidentyfikowanych uprzednio procesów, rozpoznawanie przyczyn niezgodności oraz podejmowanie działań korygujących w celu eliminacji przyczyn niezgodności, a także poprzez przegląd systemu zarządzania jakością przeprowadzany przez najwyższe kierownictwo.

W każdym etapie postępowania są możliwe do odtworzenia: działania korygujące i zapobiegawcze, począwszy od auditów wewnętrznych, poprzez zmiany wymagań klientów i wykrytych wad.

8.3 Zadowolenie klientów

Prawidłowo przeprowadzono także proces monitorowania i pomiaru zadowolenia klientów zewnętrznych i wewnętrznych, a zastosowane do tego celu narzędzia statystyczne były adekwatne do przedmiotu pomiaru. Otrzymane informacje od klientów są wykorzystywane jako jeden z elementów okresowych przeglądów systemu zarządzania jakością.

8.4 Uzasadnienie wyłączeń

Organizacja wyłączyła punkt 7.3 normy, tj. Projektowanie i rozwój wyrobu. Uzasadnienie wyłączenia jest poprawne.

8.5 Cele jakości i stopień ich wdrożenia

Na 2004 rok Organizacja określiła 8 operacyjnych celów jakości. Osiągnięto 7 z nich, Skuteczność wyniosła 88%. Cel nieosiągnięty przeniesiono na rok 2005.

9. Ocena podsumowująca, dalsze zobowiązania

9.1. Używanie certyfikatu TÜV CERT oraz logo, reklamacje

Certyfikat TÜV CERT i logo TÜV CERT używane są przez Organizację we właściwy sposób.

Reklamacje odnośnie funkcjonowania systemu jakości zleceniodawcy są zapisywane i opracowywane. Podejmuje się niezbędne działania zapobiegające dalszym reklamacjom.

Podczas auditu na miejscu auditor wiodący stwierdził, że znalezione podczas II auditu nadzorującego potencjały i słabe punkty zostały przez zleceniodawcę wdrożone.

Stwierdzone podczas oceny dokumentacji systemu zarządzania jakością niezgodności usunięto, niejasności wyjaśniono tak, że dokumentacja systemu zarządzania jakością zleceniobiorcy odpowiada wymaganiom normy.

9.2. Aspekty fachowe – Raport audytora posiadającego kompetencje branżowe

Podczas auditu sprawdzono następujące aspekty fachowe z następującymi wynikami, które brano pod uwagę w przypadku decyzji dotyczącej wystawienia certyfikatu.

Badaniu poddano dostęp mieszkańców Gminy Nędza do informacji publicznej oraz przestrzeganie prawa w przedmiocie wydawania decyzji administracyjnych. W wyniku badań auditowych stwierdzono, co następuje.

Informacje publiczne są udostępniane w różnych formach, a mianowicie poprzez ogłoszenia:

- a) w sołectwach,
- b) na tablicy ogłoszeń w budynku Urzędu Gminy.

Dostęp do informacji umożliwiany jest również poprzez:

- a) możliwość uzyskania informacji w Biurze Rady Gminy,
- b) możliwość wstępu mieszkańców na posiedzenia Komisji Rady Gminy,
- c) możliwość wstępu mieszkańców na posiedzenia Rady Gminy,
- d) czasopismo Nowiny Raciborskie,
- e) radio Wanessa.

Dostęp do informacji umożliwiany jest również poprzez stronę internetową oraz Biuletyn Informacji Publicznej. W Biuletynie Informacji Publicznej zamieszczono informacje prawem wymagane, w szczególności o

- strukturze organizacyjnej i adresie Urzędu,
- przedmiocie działalności,

- rodzajach funkcji kierowniczych,
- trybie działania komórek organizacyjnych,
- godzinach urzędowania
- sposobach przyjmowania i załatwiania spraw,
- prowadzonych rejestrach, ewidencjach i archiwach oraz o sposobach i zasadach udostępniania danych w nich zawartych,
- majątku,
- liczbie prowadzonych spraw, które wpłynęły do Urzędu i zostały załatwione,
- wzorach formularzy obowiązujących w organach podatkowych, z możliwością ich wydrukowania.

Osobami odpowiedzialnymi za merytoryczną treść informacji umieszczanych w BIP jest pełnomocnik ds. udostępniania informacji w BIP, a za techniczną obsługę – organizacja oprogramowanie komputerów Zip Soft sp. cywilna w Gliwicach.

W przedmiocie wydawania decyzji administracyjnych ustalono, co następuje:

- a) decyzje są wydawane zgodnie z kpa,
- b) brak skarg na bezczynność organu,
- c) przestrzega się obowiązku informowania wnioskodawców o niedotrzymaniu terminu załatwiania spraw oraz o przyczynach zwłoki, a także o wyznaczeniu nowego terminu załatwienia sprawy.

W czasie auditu na miejscu, badaniu poddano także wyniki kontroli zewnętrznych, przeprowadzonych w Urzędzie w okresie od września 2004 roku do dnia auditu. W Urzędzie przeprowadzono 1 kontrolę (RIO). Nie stwierdzono istotnych uwag.

9.3. Ocena końcowa

Podczas auditu na miejscu nie stwierdzono niezgodności, tym samym SZJ spełnia wymagania normy ISO 9001:2000. Auditor wiodący wnioskuje o przedłużenie ważności certyfikatu.

Warunkiem dla utrzymania ważności certyfikatu jest przeprowadzanie corocznego procesu nadzorowania certyfikatu. Audit nadzorujący przeprowadza się po roku i po dwóch latach po audicie wznawiającym. Audit nadzorujący inicjuje zleceniodawca. Przy ustaleniu terminu auditu nadzorującego należy wziąć pod uwagę wdrożenie działań korygujących po audicie lub wdrożenie potwierdzone jest ewentualnie auditem powtórny. Raport z auditu nadzorującego należy przekazać do Jednostki Certyfikującej. Przekazanie to powinno nastąpić w ciągu plus-minus trzech miesięcy od daty auditu. Jeśli przekazanie to nie nastąpi w wymaganym terminie, Jednostka Certyfikująca może przerwać ważność obowiązywania certyfikatu lub odebrać certyfikat.



Ze względu na losowy charakter auditu certyfikującego w Organizacji, w systemie ZJ mogą występować dalsze niezgodności, błędy i braki uregulowań. Muszą one zostać wykryte przez zleceniodawcę - w ramach wewnętrznych auditów lub przeglądu systemu przez kierownictwa Organizacji – a następnie usunięte przy pomocy własnych działań korygujących. O wdrożonych w międzyczasie działaniach korygujących i zmianach dokumentacji należy poinformować jednostkę certyfikującą miesiąc przed przypadającym terminem auditu nadzorującego. Zleceniodawca musi udokumentować złożone w ciągu roku i dotyczącego jego systemu ZJ reklamacje i sporządzić raport o przyporządkowanym im działaniach korygujących.

W przypadku dotarcia do jednostki certyfikującej istotnej reklamacji odnośnie funkcjonowania systemu ZJ, która stawia pod znakiem zapytania zgodność funkcjonowania systemu z wymaganiami normy, wówczas jednostka certyfikująca – po uprzednim uzgodnieniu ze Zleceniodawcą – ma prawo do przeprowadzenia auditu nadzwyczajnego. Koszty przeprowadzenia takiego auditu ponosi Zleceniodawca.

11.06.2005 r.

Data i podpis audytora wiodącego