

**1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN**

<b>Unternehmensname:</b>			
<b>Firmensitz</b>	Adresse:		Postleitzahl:
	Stadt:		Land:
			Faxnummer:
			Website:
UID:			
Verantwortlicher:			

**2. GESCHÄFTSBEREICH**

Kurzbeschreibung:			
Wirtschaftsbranche (EA-Code)	<input type="checkbox"/> Zertifizierung aller Bereiche	<input type="checkbox"/> Zertifizierung von Teilbereichen (bitte führen Sie untenstehende die Teilbereiche an!)	
Werden Geschäftstätigkeiten, für die diese Zertifizierung gilt, von Subunternehmern durchgeführt? (wenn ja, welche?)			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**3. UNTERNEHMENSSTANDORTE**

<b>Standort des Stufe 1-Audits</b>		<input type="checkbox"/> Hauptsitz	<input type="checkbox"/> Anderer Standort
Adresse:		Postleitzahl:	
Stadt:		Land:	
Weitere Standorte / Niederlassungen:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls zutreffend, bitte ausfüllen:			
Anzahl der Standorte / Niederlassungen, die für die Zertifizierung relevant sind:			
Gesamtinnenfläche aller Standorte (in qm <sup>2</sup> ):			
Gesamtaußenfläche aller Standorte (in qm <sup>2</sup> ):			
Gibt es weitere Standorte / Niederlassungen im Ausland, die für diese Zertifizierung relevant sind?			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls zutreffend, bitte ausfüllen:			
Standort im Ausland 1	Land:		Stadt:
Standort im Ausland 2	Land:		Stadt:

**4. PERSONAL**

Mitarbeiteranzahl an allen, zu zertifizierenden Standorten (ohne Subunternehmen, etc.):			
Anzahl der dauerhaft Beschäftigten:			
Anzahl der temporär Beschäftigten:			
Gibt es einen Schichtbetrieb im Unternehmen?			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls zutreffend, bitte ausfüllen:			
Anzahl der Schichten:		Anzahl der Mitarbeiter pro Schicht:	

**5. ORGANISATIONSHILFSMITTEL**

Verfügt das Unternehmen über Pool-Fahrzeuge? :  Ja  Nein

Falls zutreffend, wie viele?

**6. ZERTIFIZIERUNGSFÄHIGKEIT DES UNTERNEHMENS**

STUFE I	STUFE II
Ein SMOKE-FREE CULTURE-Konzept inkl. Dokumentation der wichtigsten Schritte, Ressourcenplanung und Planung der dafür benötigten Infrastruktur wurde erstellt.	Das SMOKE-FREE CULTURE-Konzept wird bereits erfolgreich und effektiv umgesetzt.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Ihr Unternehmen die Vorgaben zu Stufe I und/oder Stufe II aktuell noch nicht erfüllt, definieren Sie alternativ das Datum der voraussichtlichen Zertifizierungsfähigkeit:

Datum:	Datum:
--------	--------

Verantwortliche/r für die Einhaltung der Anforderungen des SMOKE-FREE Protokolls:



Ist ihr Unternehmen nach einem Social Accountability Standard zertifiziert bzw. verfolgt eine entsprechende CSR-Politik?  Ja  Nein

Ja

Nein

Falls zutreffend, Angabe des Standards:

Gewünschter Audit-Termin für Stufe 1-Audit:

Weitere Informationen / Anmerkungen:

Ich erkläre hiermit, dass das Unternehmen über alle erforderlichen gesetzlichen Unterlagen, die im Zusammenhang mit den Aktivitäten steht, verfügt.

Datum

Unterschrift / Firmenstempel

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: [klaus.mlekus@tuv.at](mailto:klaus.mlekus@tuv.at)  
 Kontakt für Rückfragen: Ing. Klaus Mlekus, MBA (Tel: +43 5 0454 6067)

Datum	<u>Anmerkungen zum Antrag</u> (wird von der Zertifizierungsstelle ausgefüllt)	Unterschrift
-------	--	--------------