

<b>Nama Organisasi*</b>			<b>Sertifikasi yang diinginkan*</b> <input type="checkbox"/> Sistem manajemen keamanan pangan (SNI ISO 22000:2018/ISO 22000:2018) <input type="checkbox"/> SHACCP (SNICAC/RCP.1-2011)	
<b>Telp*:</b>	<b>Fax:</b>	<b>Email*:</b>	<b>Website:</b>	

Fungsi / area / dept.*	Alamat*	Jumlah personil*
Manajemen & administrasi		
Pendukung operasi (marketing, HRD, umum, dll)		
Area operasional (Research and Development, Produksi, QC, Gudang, Delivery dan area lain yang sesuai lingkup sertifikasi yang diinginkan)		Shift 1: Shift 2: Shift 3:
	Jika lokasi lebih dari satu, sebutkan seluruh alamat yang digunakan untuk operasional yang sesuai lingkup sertifikasi	Shift 1: Shift 2: Shift 3:
Lokasi non-permanen	Kegiatan yang dilakukan (pisahkan dengan koma):	

**Ruang lingkup (produk atau jasa yang diajukan untuk sertifikasi) \***

**Lingkup proses / tahapan proses yang dilakukan pada organisasi (lini proses) \***

<b>Jumlah Studi HACCP (identifikasi bahaya) dari produk yang akan disertifikasi SMKP atau HACCP*</b>	<b>Sebutkan jumlah Lini Proses</b>

**Gambarkan Lingkup tahapan proses (bagan alir) dari kegiatan yang akan disertifikasi**

<b>Kapasitas produksi</b>	/tahun
<b>Sistem operasional</b>	( Batch / Continue )
<b>Jenis bahan yang digunakan</b>	
A. Bahan baku utama	B. Bahan tambahan
1.	1.
2.	2.
3.	3.
<b>Jenis peralatan yang digunakan</b>	
A. Peralatan proses	B. Peralatan penunjang
1.	1.
2.	2.
3.	3.

**Apakah telah melakukan STUDI HACCP? \***

Apakah telah melakukan STUDI HACCP?

- Sudah, pada tanggal  
 Belum, direncanakan tanggal

**Sebutkan persyaratan yang digunakan misalnya peraturan perundangan, standar nasional, standar internasional, Codex, persyaratan pelanggan, pedoman yang diakui atau peraturan lainnya yang relevan. \***

**Apakah ada proses yang dikerjakan pihak kedua / ketiga (proses dikerjakan di luar organisasi/outsorce/ subkontrak) \***

- Tidak ada  
 Ada, yaitu:

**Apakah ada proses merancang / pengembangan produk\***

- Tidak ada  
 Ada, yaitu:

**Apakah organisasi pernah mendapatkan sertifikasi sebelumnya**

- Tidak ada  
 Ada, yaitu:

**Khusus untuk klien resertifikasi\***

Apakah terdapat perubahan-perubahan pada:

- Struktur Organisasi, Perubahan pada:  
 Sistem Manajemen, Perubahan pada:  
 Regulasi, Perubahan pada:  
 Tidak ada perubahan.

**Apakah menggunakan jasa konsultan\***

- Tidak  
 Ya, Nama personil konsultan dan lembaga konsultansi:

**Berapa lama sistem yang ingin disertifikasi ini telah berjalan?**

Nama pengisi formulir ini*	Email*	Hp*	Posisi di Organisasi
Menyatakan telah mengisi formulir ini dengan sebenar-benarnya sesuai kondisi yang ada pada organisasi.			
Tanggal mengisi form ini	Tandatangan (disertai stempel Organisasi)		

Terimakasih atas waktu anda mengisi formulir ini, selanjutnya formulir yang telah diisi dapat dikirimkan kepada kami melalui email ke alamat: [marketing@mutucertification.com](mailto:marketing@mutucertification.com) / [food4@mutucertification.com](mailto:food4@mutucertification.com). Jika terdapat pertanyaan mengenai formulir aplikasi ini dapat menghubungi kami di nomor telepon 021-8740202 (Div marketing PT Mutuagung Lestari)

Catatan \*) wajib diisi oleh calon klien