

FORMULIR APLIKASI



Nama Organisasi*		Sertifikasi yang diinginkan* ☐ Sistem Manajemen Keamanan Pangan (SNI ISO 22000:2018) ☐ SHACCP (SNI CXC 1 : 1969)	
Telp*:	Fax:	Email*:	Website:

Fungsi / Area / Dept.*	Alamat*	Jumlah Personil*
Manajemen & Administrasi		
Pendukung Operasi (Marketing, HRD, Umum, dll)		
Area Operasional (Misal: Research and Development, Produksi, QC, Gudang, Delivery dan Area lain yang Sesuai Lingkup Sertifikasi yang diinginkan)	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)*

Jumlah Studi HACCP (Identifikasi Bahaya) dari Produk yang Akan Disertifikasi SMKP Atau HACCP*	Sebutkan jumlah Lini Proses

Gambarkan Lingkup Tahapan Proses (Bagan Alir) dari Kegiatan yang akan Disertifikasi

Kapasitas Produksi	/Tahun
Sistem Operasional	(Batch/Continue)
Jenis Bahan yang Digunakan:	
A. Bahan baku utama	B. Bahan Tambahan
1.	1.
2.	2.
3.	3.

FORMULIR APLIKASI



Jenis Peralatan yang Digunakan

A. Peralatan proses

- 1.
- 2.
- 3.

B. Peralatan penunjang

- 1.
- 2.
- 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/Outsource/ 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 Konsultasi):

Berapa Lama Sistem yang Ingin Disertifikasi ini Telah Berjalan?

FORMULIR APLIKASI



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 / 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