

FORM REGISTRASI CALON KLIEN SERTIFIKASI LNS CERTIFICATION

A. INFORMASI UMUM PERUSAHAAN

Nama Perusahaan : _____

Alamat Lengkap Perusahaan : _____

Nomor Telepon Kantor : _____

Email Perusahaan : _____

Website : _____

Bidang Usaha / Jenis Industri : _____

Status Perusahaan : _____

(PT/CV/UD/Koperasi/Lainnya)

Jumlah Karyawan : _____

B. INFORMASI PENANGGUNG JAWAB

Nama Lengkap : _____

Jabatan : _____

Nomor Handphone / WhatsApp : _____

Email Aktif : _____

C. LOKASI & RUANG LINGKUP

Jumlah Lokasi/Site : _____

Alamat Lokasi : _____

Ruang Lingkup Aktivitas Perusahaan : _____

C. JENIS SERTIFIKASI YANG DIAJUKAN

ISO 9001		ISO 37001	
ISO 14001		ISO 22000	
ISO 45001		HACCP	
ISO 27001		SMK3 PP No.50 Tahun 2012	

E. STATUS IMPLEMENTASI

Status Implementasi Sistem : _____

Pernah Sertifikasi Sebelumnya : _____

(Ya/Tidak, sebutkan)

F. KEBUTUHAN LAYANAN

Sertifikasi Awal / Re-Sertifikasi / Surveillance / Transfer / Gap Analysis /
Pelatihan / Konsultasi : _____

G. WAKTU AUDIT YANG DIHARAPKAN

Secepatnya / 1-3 bulan / 3-6 bulan / Menyesuaikan :

H. INFORMASI TAMBAHAN

Catatan atau kebutuhan khusus : _____