**DEUTSCHE VERSION**

|  |  |
| --- | --- |
| Anweisungen für den Kunden: | Bitte füllen Sie das Formular aus und kontaktieren Sie uns, wenn Sie Fragen oder Bedenken haben. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular als **Word-Datei** an Emergency@1scUSA.com*Bitte nummerieren Sie Ihre Anlagen / Nachweise und bezeichnen Sie die Dateien eindeutig.* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name des Unternehmens: |  | COID: |  |
| Berichtet von: |  | berichtet am: | \_\_ . \_\_ . 202\_ |
| Adresse des zertifizierten Unternehmens |  |
| Name der Kontaktperson im zertifizierten Unternehmen |  |
| Position |  |
| Email |  |
| Telefon |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Bitte beschreiben Sie die Situation / das Problem in wenigen Worten |  |
| Datum der Feststellung: | \_\_ . \_\_ . 202\_\_ |
| Bitte klassifizieren Sie die Meldung (die Verwendung von mehr als einem Kästchen kann erforderlich sein) | **Produktbezogen:**[ ]  Anordnung/Strafe/Maßnahme seitens der Behördebitte beschreiben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Rückruf (Lebensmittelsicherheit)[ ]  Rücknahme (Lebensmittelsicherheit)[ ]  Aus anderen Gründen aus dem Verkauf genommene Produkte: bitte beschreiben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Sonstige Maßnahmen für betroffene Waren:bitte beschreiben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Unternehmensbezogen:**[ ]  Anordnung/Strafe/Maßnahme seitens der Behördebitte beschreiben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Wechsel der Schlüsselperson[ ]  Änderung der Adresse[ ]  Änderungen von Betriebsabläufe(n) *(zB.: Anlagen / Technologien / Gebäudestrukturen / etc.).*Bitte beschreiben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  andere (*Höhere Gewalt wie Feuer oder Naturkatastrophen / Erpressung / Medienprobleme / Hackerangriff / etc.)*Bitte beschreiben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Führen Sie die ggf. ergriffenen Sofortmaßnahmen auf: |  |

**Auszufüllen im Falle eines Rückrufs, einer Rücknahme, behördlicher Maßnahmen oder**

**einer anderen produktbezogenen Maßnahme:**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum der produktbezogenen Maßnahmen | \_\_ . \_\_ . 202\_ |
| Betroffene(s) Produkt(e): |  |
| Datum der Herstellung: | \_\_ . \_\_ . 202\_ |
| Losnummer(n): |  |
| Produzierte Menge: |  |
| Menge noch auf Lager: |  |
| Gelieferte Menge: |  |
| Datum der Anlieferung:  | \_\_ . \_\_ . 202\_ |
| Territorien/Gebiete, in die das Produkt (auch) versandt wurde: |  |
| Zusammenfassung der Wirksamkeit der produktbezogenen Maßnahmen. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Grund für produktbezogene Maßnahmen: |  |
| Ist das Produkt eingestuft als (die Verwendung von mehr als einem Kästchen kann erforderlich sein) | [ ]  nicht legal[ ]  nicht Verkehrsfähig[ ]  unsicher / unmittelbares Gesundheitsrisiko[ ]  Qualitätsmangel[ ]  Betrug[ ]  andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum der Entscheidung: \_\_ . \_\_ . 202\_ |
| Ist es notwendig, die Aufsichtsbehörde zu informieren? | [ ]  JA[ ]  NEINBitte erläutern Sie die Entscheidung:  |
| Name der unterrichteten AufsichtsbehördeDatum / Art der Erst-Information: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . \_\_ . 202\_\_ / [ ]  E-Mail, Onlineformular, Fax [ ]  Telefon |
| Wurden im Zusammenhang mit dieser Meldung irgendwelche Krankheiten oder Verletzungen gemeldet? | [ ]  JA[ ]  NEINBitte erläutern falls JA:  |
| Erklären Sie, wie die Kunden benachrichtigt wurden? (Wer und wann!) |  |
| Gab es im Zusammenhang mit dieser Meldung einen offiziellen Besuch?(J/N, falls J, bitte erläutern). | [ ]  JA[ ]  NEINBitte erläutern falls JA:  |
| Wurden von den Behörden rechtliche Schritte gegen Ihr Unternehmen eingeleitet? (J/N, falls J, bitte erläutern) | [ ]  JA[ ]  NEINBitte erläutern falls JA:  |

***For internal use only***

|  |  |
| --- | --- |
| CASE #  | 0000-000000-0000-00-00 |
| When arrived the notification at the certification body? | \_\_ . \_\_ . 202\_\_ |
| Has the certification body been contacted by the supplier within the specified time frame?  | [ ]  Y [ ]  N *If 'N', a follow-up activity and/or serious nonconformity must be addressed in the subsequent review.* |
| Was the immediate action /corrective action presented appropriate?  | [ ]  Y – immediate action was appropriate (no site visit required). [ ]  Y – immediate action was appropriate, but site visit required. [ ]  N - please explain: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Further required measures are: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  N/A – please explain: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Is a suspension required at this time? | [ ]  Y - Suspend certificate[ ]  N  |
| Excel list updated:Name/Date:  | [ ]  Y [ ]  N \_\_\_\_\_\_ / \_\_ . \_\_ . 202\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Uploaded in IFS database:Name/Date:  | [ ]  Y [ ]  N Type of notification: [ ]  Recall  [ ]  Withdrawal  [ ]  Other\_\_\_\_\_\_ / \_\_ . \_\_ . 202\_\_Add a copy of screenshot with notification number |
| Prepared/Completed by:Name:/Date:  | \_\_\_\_\_\_ / \_\_ . \_\_ . 202\_\_ |
| Additional update needed within 10 days? | [ ]  Y[ ]  N |

***For the use of auditors***

|  |
| --- |
| **Instruction to the auditor** |
| Check correction / corrective action of the company in next audit: [ ]  Y / [ ]  NFurther instruction and information for the auditor: [ ]  Y / [ ]  NIf Y, which: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Summary Topics** | **Content** | **Comment**  |
| Causes of the notification and their related actions |  |  |
| List of available Documents or other evidence(s): *(Customer notification letter, delivery lists, mass balance documents, analysis reports, etc.)*  |  |  |
| List the immediate action: |  | Evidence already[ ]  provided [ ]  not provided |
| List the immediate corrections: |  | To be checked by auditor |
| List any long-term corrective/preventive actions: |  | To be checked by auditor |

***Note:This section will not be completed until the next recertification or special audit.***

|  |  |
| --- | --- |
| Date of activity: |  |
| Responsible auditor: |  |
| At the next check / audit, the corrective action was maintainedIn each case: | [ ]  Y - The correction / corrective action was appropriate and implemented. [ ]  N Describe your observations.  |
| Any additional notes: |  |