|  |  |
| --- | --- |
| **A Questionnaire to Conformity Assessment Body (CAB) Applying for Accreditation** | **استبانة لجهات تقييم المطابقة التي تتقدم بطلب اعتماد** |
|  |  |  |
| **CAB name:** | اسم جهة تقييم المطابقة: |
|  |  |
| **Institution /company to which the CAB belongs:** | اسم المؤسسة / الشركة التي يتبع لها جهة تقييم المطابقة: |
| **Is the CAB accredited by other accreditation bodies?** | هل الجهة حاصلة على الاعتماد من جهات اعتماد أخرى؟ |
|[ ]  **Yes** |[ ]  **No** |  | لا |[ ]  نعم |[ ]
| **If the answer is yes, please specify the accreditation body and attach the scope of accreditation.** | إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تحديد هذا الجهة وارفاق مجال الاعتماد |
| **Quality manager name:** | اسم مدير الجودة: |
|  |  |
| **Technical manager name:** | اسم المدير الفني: |
|  |  |
| **Lab manager name:** | اسم مدير المختبر: |
|  |  |
| **Total number of the CAB's staff:**  | العدد الكلي لموظفي جهة تقييم المطابقة: |
| **University degree:** | جـامـعي:  |
| **Diploma of college:**  | دبلوم معهد:  |
| **Secondary school:** | ثانوية عامة:  |
| **Please attach a list of the CAB's staff names** | الرجاء إرفاق قائمة بأسماء موظفي جهة تقييم المطابقة |
| **Is sampling within the responsibilities of the CAB:** | هل أخذ العينات ضمن مسؤولية جهة تقييم المطابقة: |
|[ ]  **Yes** |[ ]  **No** |  | لا |[ ]  نعم |[ ]
| **If the answer is yes, is sampling conducted according to:** | إذا كانت الإجابة نعم، ما هي الطريقة التي تؤخذ بها العينات  |
|[ ]  **Standard** | مواصفة قياسية |[ ]
|[ ]  **Statistical methods** | طرق إحصائية |[ ]
|[ ]  **Others, please specify (……)** | غير ذلك، حدد (......) |[ ]
| **Did the lab participate in proficiency tests or inter-laboratory comparison:** | هل اشترك المختبر في برامج للمقارنة البينية أو اختبارات مهارة |
|[ ]  **Yes** |[ ]  **No** |  | لا |[ ]  نعم |[ ]
| **Please provide us with the name of the body which organized the last proficiency testing scheme:** | ما اسم الجهة التي عقدت آخر اختبار |

|  |  |
| --- | --- |
| **Does the CAB or any of its personnel provide consultation services?** | هل تقدم جهة تقييم المطابقة أو أي من موظفيه خدمات استشارية؟ |
|[ ]  **Yes** |[ ]  **No** |  | لا |[ ]  نعم |[ ]
| **If the answer is Yes;**1. **Does the CAB provide any the activities within the applied scope of accreditation to the parties that it provides consultation for?**
 | إذا كانت الإجابة نعم;1. هل تقدم جهة تقييم المطابقة أي من الأنشطة ضمن مجال الاعتماد المطلوب للجهات التي يقدم لها خدمات استشارية؟
 |
|[ ]  **Yes** |[ ]  **No** |  | لا |[ ]  نعم |[ ]
| 1. **list these services and their scope.**
 | 1. يرجى ذكر هذه الخدمات ونطاقها.
 |
|  |  |
|  |  |
| **What is the reason of your application for accreditation:** | لماذا ترغبون بالحصول على الاعتماد |
|  |  |
| **Does the CAB have any other branches?** | هل لدى جهة تقييم المطابقة فروع أخرى؟ |
|[ ]  **Yes** |[ ]  **No** |  | لا |[ ]  نعم |[ ]
| **If the answer is yes, please list them** | إذا كانت الإجابة نعم، اذكرها  |
|  |  |
| **If yes, please State which activities are performed at These branches** | - إذا كانت الإجابة نعم، اذكر النشاطات التي تتم في هذه الفروع |
| **Does your CAB operate on a shift basis?** | هل تعمل الجهة بنظام المناوبات؟ |
|[ ]  **Yes** |[ ]  **No** |  | لا |[ ]  نعم |[ ]
| **If yes, please attach the shift schedule**  | إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إرفاق برنامج المناوبات |
|  |  |
| **For PT providers, Inspection bodies, Testing and medical laboratories** | خاص بمختبرات الفحص والمختبرات الطبية وجهات التفتيش والجهات المنظمة لاختبارات المهارة: |
| **Does the lab perform any type of in-house calibration?** | هل يقوم المختبر بأي نوع من أنواع المعايرة الداخلية؟ |
|[ ]  **Yes** |[ ]  **No** |  | لا |[ ]  نعم |[ ]
|  | إذا كانت الإجابة نعم، اذكرها |
|[ ]  **Thermometers** | **موازين حرارة** |[ ]
|[ ]  **Scales** | **موازين/اوزان** |[ ]
|[ ]  **Timers** | **مؤقتات** |[ ]
|[ ]  **Micro-pipettes** | **ماصات** |[ ]
|[ ]  **Others** | **أخرى** |[ ]
| **If yes, please attach the in-house calibration procedures** | - إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إرفاق إجراءات المعايرة الداخلية |

|  |  |
| --- | --- |
| **For Medical laboratories** | خاص بالمختبرات الطبية: |
| **The name of the licensed laboratory manager:** | اسم المدير المرخص لإدارة المختبر: |
|  |  |
| **A copy of the license issued by the Ministry of Health must be attached.** | يجب إرفاق نسخه من الترخيص الصادر عن وزارة الصحة |
| **Is the specimen collection within the responsibilities of the lab** | هل جمع العينات الطبية من ضمن صلاحيات المختبر؟ |
|[ ]  **Yes** |[ ]  **No** |  | لا |[ ]  نعم |[ ]
| **Does the lab perform POCT?** | هل يقوم المختبر بتقديم خدمة الرعاية الطبية؟ |
|[ ]  **Yes** |[ ]  **No** |  | لا |[ ]  نعم |[ ]
| **If yes, please specify** | يرجى التوضيح في حال كان الجواب نعم |
|  |  |
|  |  |
| **For PT providers** | خاص بمزودي اختبارات المهارة: |
| **Does the PT provider provide its services to participants outside Jordan** | هل يقدم مزود اختبارات المهارة خدماته للمشاركين خارج الأردن |
|[ ]  **Yes** |[ ]  **No** |  | لا |[ ]  نعم |[ ]
| **If yes, please identify the locations.** | إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد المواقع |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **For Management system certification Body, please provide us with the following information** | خاص بالجهات المانحة لشهادات المطابقة لأنظمة الجودة، يرجى تزويدنا بالمعلومات التالية: |
| 1. **the number of certifications per scope**
 | 1. عدد الشهادات لكل مجال
 |
| 1. **number of auditors for each scope**
 | 1. عدد المقيمين لكل مجال
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **The questionnaire is filled by:** |  **قام بتعبئة الاستبانة:** |
| Job Title: | المسمى الوظيفي: |
| Signature and Date: | التوقيع والتاريخ: |