

		Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02
		Procedura 8.8
		Audit wewnętrzny
Wersja:	3.3	
Strona:	1/9	
Data:	28.04.2025	

SPIS TREŚCI

1. CEL I ZAKRES
2. KWALIFIKACJE I ODPOWIEDZIALNOŚĆ
3. PRZEBIEG DZIAŁAŃ
4. DOKUMENTY ZWIĄZANE
5. INFORMACJE DODATKOWE
6. WYKAZ FORMULARZY

EGZEMPLARZ NADZOROWANY

Egzemplarz zatwierdzony zgodnie z procedurą 8.3 *Nadzór nad dokumentami i zapisami* dostępny w wersji papierowej.

	Imię i Nazwisko	Data	Podpis
Opracował:	Katarzyna Prill	28.04.2025	
Sprawdził:	Elżbieta Wojniłko	28.04.2025	
Zatwierdził	Elżbieta Wojniłko	28.04.2025	

		Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02
		Procedura 8.8
		Audit wewnętrzny
Wersja:	3.3	
Strona:	2/9	
Data:	28.04.2025	

1. CEL I ZAKRES

Określenie zasad przeprowadzania auditów wewnętrznych Systemu Zarządzania w Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska (Laboratorium).

Procedura obowiązuje przy przeprowadzaniu auditów wewnętrznych Systemu Zarządzania w Laboratorium zgodnie z normą PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02

Audity wewnętrzne w Laboratorium przeprowadzane są w celu dostarczenia informacji, czy System Zarządzania w Laboratorium:

- jest zgodny z:
 - wymaganiami własnymi Laboratorium dotyczącymi Systemu Zarządzania, w tym działalności samego Laboratorium,
 - wymaganiami norm,
- jest skutecznie wdrożony i utrzymywany.

2. KWALIFIKACJE I ODPOWIEDZIALNOŚĆ

2.1. Osoby przeprowadzające audit wewnętrzny winny posiadać następujące kwalifikacje:

- wykształcenie wyższe,
- minimum 2 lat pracy zawodowej w PM,
- znajomość norm ISO serii 9000 i normy PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02, potwierdzone udokumentowanym przeszkoleniem
- dodatkowo powinny wykazać się umiejętnościami sporządzania dokumentacji, trafnej analizy i wyciągania wniosków.

Osoby przeprowadzające audit wewnętrzny w obszarze technicznym powinny dodatkowo:

- wykazać się znajomością auditowanych metod badawczych,

		Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02	
		Procedura 8.8	
		Audit wewnętrzny	
Wersja:	3.3		
Strona:	3/9		
Data:	28.04.2025		

- wykazać się znajomością norm badawczych realizowanych w Laboratorium,
- posiadać doświadczenie w zakresie działań merytorycznych laboratorium badawczego
- posiadać doświadczenie w audytowaniu technicznym Laboratorium.

2.2. Auditor odpowiada za prawidłowe i rzetelne przeprowadzenie auditu wewnętrznego oraz za prawidłowe sporządzenie udokumentowanej informacji z przebiegu i wyników auditu wewnętrznego.

2.3. Dyrektor Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji odpowiada za przedstawienie auditorowi niezbędnej dokumentacji potrzebnej do auditu, nadzór nad wdrożeniem działań korekcyjnych i korygujących w odniesieniu do niezgodności, sporządzenie raportów z auditów oraz prowadzi ciągły nadzór nad przebiegiem auditów.

3. PRZEBIEG DZIAŁAŃ

3.1. Podstawą przeprowadzania auditu wewnętrznego (zwanego dalej auditem) jest:

- harmonogram auditów wewnętrznych,
- program auditu wewnętrznego,
- zaistnienie problemów z utrzymaniem jakości prowadzenia badań w Laboratorium,
- potrzeby wynikające ze stwierdzonych niezgodności,
- reklamacje,
- zmiany organizacyjne w Laboratorium.

3.2. Podstawą do przeprowadzenia auditów w Laboratorium jest harmonogram auditów dla danego roku kalendarzowego, opracowany zbiorczo dla wszystkich jednostek Politechniki Morskiej w Szczecinie i zatwierdzony przez Dyrektora Działu Kontroli Wewnętrznej

		Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02
		Procedura 8.8
		Audit wewnętrzny
Wersja:	3.3	
Strona:	4/9	
Data:	28.04.2025	

i Certyfikacji lub Specjalistę ds. Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji oraz Program danego auditu.

3.3. Przy opracowywaniu harmonogramu Dyrektor Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji lub Specjalista ds. Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji uwzględnia konieczność okresowej weryfikacji funkcjonowania Systemu Zarządzania (wynikającą z normy) we wszystkich obszarach działania tego systemu, w tym audyty w obszarze technicznym, a także pojawiające się problemy bieżące.

Oryginał harmonogramu auditów na dany rok kalendarzowy jest przechowywany u Dyrektora Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji.

3.4. W trakcie opracowywania rocznego harmonogramu auditów wewnętrznych w Laboratorium należy kierować się zasadą planowania jednego auditu systemowego (sprawdzenie funkcjonowania Systemu Zarządzania w Laboratorium) w roku oraz auditów sprawdzających wszystkie metody badawcze realizowane w Laboratorium w ciągu danego roku kalendarzowego do zakończenia cyklu akredytacyjnego (średnio raz na kwartał) o ile nie zawnioskowano inaczej.

3.5. Do przeprowadzenia auditu Dyrektor Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji powołuje (ustnie) auditora lub auditorów z listy auditorów wewnętrznych Politechniki Morskiej w Szczecinie.

3.6. Dyrektor Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji lub Specjalista ds. Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji określa zakres i kryteria auditu oraz opracowuje *Program auditu wewnętrznego* – formularz nr 16A, a następnie przekazuje go Kierownikowi Laboratorium z minimum tygodniowym wyprzedzeniem przed terminem auditu. Auditor może rozszerzyć zakres auditu w ramach Systemu Zarządzania.

	Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02						
<table border="1"> <tr> <td>Wersja:</td><td>3.3</td></tr> <tr> <td>Strona:</td><td>5/9</td></tr> <tr> <td>Data:</td><td>28.04.2025</td></tr> </table>	Wersja:	3.3	Strona:	5/9	Data:	28.04.2025	Procedura 8.8 Audit wewnętrzny
Wersja:	3.3						
Strona:	5/9						
Data:	28.04.2025						

3.7. Program auditu zawiera:

- nazwę audytowanego obszaru,
- miejsce i danę auditu,
- skład zespołu audytującego,
- cel i zakres auditu,
- kryteria auditu,
- personel Laboratorium niezbędny do przeprowadzenia auditu wewnętrznego,
- program auditu,
- zasady przeprowadzania auditu wewnętrznego,
- zasady dotyczące zachowania poufności,
- zasady przekazywania raportu,
- dodatkowe informacje i wytyczne,

3.8. Auditor z wyprzedzeniem kontaktuje się z Kierownikiem Laboratorium w celu uzgodnienia dokładnej daty auditu i sposobu jego przeprowadzenia. *Kwestionariusz auditu wewnętrznego* - formularz nr 16 B, zawiera listę pytań kontrolnych dotyczących problemów, które będą poruszane podczas auditu i których realizacja zostanie sprawdzona.

3.9. Auditor przed auditem jest zobowiązany do zapoznania się z dokumentacją Systemu Zarządzania w sprawdzanym obszarze, wymaganiami zewnętrznymi mającymi wpływ na działalność Laboratorium a odnoszące się do audytowanego obszaru oraz niniejszą procedurą.

3.10. Podczas całego auditu auditor jest zobowiązany do zapewnienia właściwej, przyjaznej atmosfery i współpracy z auditowanym.

3.11. Audit polega na:

	Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02						
<table border="1"> <tr> <td>Wersja:</td><td>3.3</td></tr> <tr> <td>Strona:</td><td>6/9</td></tr> <tr> <td>Data:</td><td>28.04.2025</td></tr> </table>	Wersja:	3.3	Strona:	6/9	Data:	28.04.2025	Procedura 8.8 Audit wewnętrzny
Wersja:	3.3						
Strona:	6/9						
Data:	28.04.2025						

1. Przeprowadzeniu rozmowy wstępnej z Kierownikiem Laboratorium, podczas której zostaje przedstawiony cel i zakres auditu, kryteria oceny oraz zasady dotyczące zachowania poufności,
2. Sprawdzeniu dokumentacji Systemu Zarządzania,
3. Sprawdzeniu wdrożenia Systemu Zarządzania w Laboratorium na zgodność z wymogami normy PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02,
4. Zbadaniu, czy działania realizowane w auditowanej jednostce, są zgodne z ustalonymi kryteriami oceny, zapisami w dokumentacji Systemu Zarządzania, a fakt ten potwierdza udokumentowana informacja,
5. Sprawdzeniu *Kart niezgodności/ spostrzeżeń i działań korygujących* z poprzednich auditów oraz jakości podjętych działań korekcyjnych i korygujących eliminujących niezgodności, lub działań minimalizujących ryzyko powstania niezgodności w przypadku spostrzeżeń,
6. Ocenie auditowanej jednostki,
7. Spotkaniu zamykającym (podsumowującym audit).

3.12. W przypadku, gdy Laboratorium nie spełnia określonych wymagań w zakresie ustalonych kryteriów oceny auditor wystawia *Kartę niezgodności*, w której opisuje niezgodność, wskazuje wymaganie, które nie zostało spełnione oraz wskazuje dowód.

3.13. W trakcie auditu auditor może zaobserwować obszar lub działanie, w których postępowanie w dotychczasowy sposób może powodować w przyszłości ryzyko powstania niezgodności. Informację tą auditor zapisuje na form. nr 7 *Karta niezgodności /spostrzeżenia i działań korygujących*.

3.14. W przypadku stwierdzenia niezgodności/spostrzeżenia Kierownik Laboratorium określa przyczyny powstania niezgodności, określa działania korekcyjne (bądź w przypadku

		Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02
		Procedura 8.8
		Audit wewnętrzny
Wersja:	3.3	
Strona:	7/9	
Data:	28.04.2025	

niemożności realizacji tych działań, stwierdza przyczyny braku wdrożenia) oraz określa działania korygujące, termin ich wprowadzenia i osoby odpowiedzialne. Elementy wskazane przez Kierownika Laboratorium są propozycjami, które muszą zostać zaakceptowane przez audytora przed ich wdrożenie.

3.15. W przypadku wskazania spostrzeżeń, Kierownik Laboratorium musi przeprowadzić analizę ryzyka zgodnie z procedurą 8.5 *Zarządzanie ryzykiem i szansą*. Na podstawie wyników analizy Kierownik Laboratorium wprowadza ewentualne działania mające na celu minimalizację prawdopodobieństwa wystąpienia niezgodności w tym obszarze.

3.16. Kończąc audit wewnętrzny auditor w obecności Kierownika Laboratorium przedstawia i uzgadnia wyniki przeprowadzonego auditu. W przypadku stwierdzenia niezgodności wypełnia *Kartę niezgodności/ spostrzeżeń i działań korygujących* – formularz nr 7.

Karta niezgodności i działań korygujących zawiera proponowane działania korygujące oraz terminy ich wykonania i osoby odpowiedzialne.

3.17. W przypadku wystąpienia kwestii spornych, decyzję co do dalszego postępowania podejmuje Dyrektor Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji.

3.18. *Raport z auditu wewnętrznego* – formularz nr 28 sporządzany jest przez Dyrektora Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji w celu wykorzystania w trakcie Przeglądu zarządzania.

3.19. *Raport z auditu wewnętrznego* przedstawiany jest Kierownikowi Laboratorium i Dziekanowi Wydziału Mechanicznego.

	Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02						
<table border="1"> <tr> <td>Wersja:</td><td>3.3</td></tr> <tr> <td>Strona:</td><td>8/9</td></tr> <tr> <td>Data:</td><td>28.04.2025</td></tr> </table>	Wersja:	3.3	Strona:	8/9	Data:	28.04.2025	Procedura 8.8 Audit wewnętrzny
Wersja:	3.3						
Strona:	8/9						
Data:	28.04.2025						

3.20. Auditor w *Kwestionariuszu z auditu wewnętrznego* powinien odnotować wszystkie spostrzeżenia (obserwacje) zauważone podczas auditu, a nie odnotowane w *Kartach niegodności/ spostrzeżeń i działań korygujących*.

4. DOKUMENTY ZWIĄZANE

4.1. Dokumentacja Systemu Zarządzania w Laboratorium.

4.2. Norma PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02 Ogólne wymagania dotyczące kompetencji laboratoriów badawczych i wzorcujących.

4.3. Harmonogram auditów wewnętrznych w Politechnice Morskiej w Szczecinie.

5. INFORMACJE DODATKOWE

Auditorem wewnętrznym może być osoba niezatrudniona w Politechnice Morskiej w Szczecinie. Decyzję o powołaniu audytora wewnętrznego spoza PM podejmuje Dyrektor Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji. W takim przypadku kandydat na audytora powinien przedstawić do weryfikacji udokumentowaną informację potwierdzającą minimum: znajomość normy PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02, ukończenie szkolenia dla audytora wewnętrznego, doświadczenie w pracy w laboratorium badawczym o takim samym lub zbliżonym profilu (w przypadku audytorów technicznych).

6. WYKAZ FORMULARZY

6.1. Program auditu wewnętrznego – form. 16 A.

		Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02	
		Procedura 8.8	
Wersja:	3.3	Audit wewnętrzny	
Strona:	9/9		
Data:	28.04.2025		

6.2.Kwestionariusz auditu wewnętrznego – form. 16 B.

6.3. Karta niezgodności/ spostrzeżeń i działań korygujących – form. 7.

6.4. Raport z auditu wewnętrznego – form. 28.