	<b>Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska</b> System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02		
	<b>Procedura 8.8</b>		
	<b>Audit wewnętrzny</b>		
	Wersja:	3.2	
Strona:	1/9		
Data:	06.04.2023		


## 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	06.04.2023	
Sprawdził:	Elżbieta Wojniłko	06.04.2023	
Zatwierdził	Elżbieta Wojniłko	06.04.2023	

	<b>Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska</b> System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02	
	<b>Procedura 8.8</b>	
	<b>Audit wewnętrzny</b>	
	Wersja:	3.2
Strona:	2/9	
Data:	06.04.2023	

## 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 utrzymany.


## 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 wyciągnięcia wniosków.

Osoby przeprowadzające audit wewnętrzny w obszarze technicznym powinny dodatkowo:

- wykazać się znajomością auditowanych metod badawczych,

	<b>Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska</b> System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02	
	<b>Procedura 8.8</b>	
	<b>Audit wewnętrzny</b>	
	Wersja:	3.2
Strona:	3/9	
Data:	06.04.2023	

- 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

	<b>Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska</b> System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02	
	<b>Procedura 8.8</b>	
	<b>Audit wewnętrzny</b>	
	Wersja:	3.2
Strona:	4/9	
Data:	06.04.2023	

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.

	<b>Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska</b> System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02	
	<b>Procedura 8.8</b>	
	<b>Audit wewnętrzny</b>	
	Wersja:	3.2
Strona:	5/9	
Data:	06.04.2023	


### 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.


	<b>Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska</b> System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02	
	<b>Procedura 8.8</b>	
	<b>Audit wewnętrzny</b>	
	Wersja:	3.2
Strona:	6/9	
Data:	06.04.2023	

### 3.11. Audit polega na:

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*.

	<b>Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska</b> System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02	
	<b>Procedura 8.8</b>	
	<b>Audit wewnętrzny</b>	
	Wersja:	3.2
Strona:	7/9	
Data:	06.04.2023	

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

	<b>Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska</b> System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02	
	<b>Procedura 8.8</b>	
	<b>Audit wewnętrzny</b>	
	Wersja:	3.2
Strona:	8/9	
Data:	06.04.2023	

**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 17025:2017 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.



	<b>Centrum Badania Paliw, Cieczy Roboczych i Ochrony Środowiska</b> System Zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02	
	<b>Procedura 8.8</b>	
	<b>Audit wewnętrzny</b>	
	Wersja:	3.2
Strona:	9/9	
Data:	06.04.2023	

**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.