

RAPORT Z AUDITU

SYSTEMU ZARZĄDZANIA

POLSKIE CENTRUM BADAŃ I CERTYFIKACJI S.A.

BIURO CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA

ul. Puławska 469; 02-844 Warszawa

tel. +48 22 464 52 00 / e-mail: pcbc@pcbc.gov.pl

A. Wprowadzenie

Wszelkie informacje oraz dane zebrane podczas auditu są traktowane jako poufne przez wszystkich członków zespołu auditującego PCBC S.A. i posłużą wyłącznie do realizacji przez PCBC S.A. czynności objętych zakresem umowy. Raport jest własnością PCBC S.A. Rozpowszechnianie raportu przez auditowany podmiot – bez ograniczeń ale zawsze w całości.

1. Identyfikacja Organizacji objętej auditem

Nazwa Organizacji zgodnie z KRS / dokumentem rejestrowym/:

Bartex Bartol Sp. z o.o.

Adres rejestrowy siedziby / centrali:

Paproć 111, 64-300 Nowy Tomyśl

Nr umowy: 3437/BS/3/2023

Termin auditu: 04-05.09.2025r.

2. Rodzaj i cel auditu

Audit nadzoru II

Ocena funkcjonowania wdrożonego systemu zarządzania klienta pod kątem stałego spełnienia wymagań określonych w kryteriach auditu.

3. Kryteria auditu

Norma/-y, wymagania: PN-EN ISO 14001:2015-09, PN-EN ISO 45001:2024-02

Umowa z Organizacją (określona w punkcie A.1)

Zdefiniowane procesy oraz dokumentacja systemu zarządzania Organizacji aktualna na dzień auditu.

4. Zespół auditujący i osoby towarzyszące (imię i nazwisko)

Auditor Wiodący (AW): Wojciech Jezierski

Auditor Techniczny (AT1): Grzegorz Podskarbi

Obserwatorzy (O): Maciej Kostrzanowski - PCA

B. Zakres certyfikacji

Zgodny z zakresem dotychczasowym, obejmujący:

Lokalizacja centralna Paproć: Produkcja i sprzedaż wyrobów winiarskich butelkowanych w opakowania szklane, produkcja i sprzedaż wyrobów winiarskich, napojów alkoholowych i bezalkoholowych luzem. Zakup i sprzedaż wyrobów winiarskich, napojów alkoholowych i bezalkoholowych. Rozlew i sprzedaż napojów alkoholowych i bezalkoholowych butelkowanych w opakowania szklane, opakowania typu Keg i opakowania typu Bag in Box. Produkcja i sprzedaż suszu warzywnego w opakowaniach papierowych i typu Big Bag.

Lokalizacja Lwówek: Produkcja wyrobów winiarskich butelkowanych w opakowania szklane, produkcja wyrobów winiarskich, napojów alkoholowych i bezalkoholowych luzem. Rozlew napojów spirytusowych, produkcja napojów alkoholowych butelkowanych w opakowania szklane. Sprzedaż wyrobów winiarskich i alkoholowych luzem.

C. Ustalenia i wnioski z auditu

1. Proces oceny

Audit przeprowadzono zgodnie z procedurami PCBC. W trakcie auditu sprawdzono praktyczne funkcjonowanie systemu zarządzania Organizacji. Podczas auditu kompetentne osoby przedstawiły swoje zakresy działania na podstawie przykładów z codziennej praktyki. Metodyka auditu obejmowała wywiady, obserwacje działań oraz przegląd udokumentowanych informacji. Ilość wybranych obszarów była reprezentatywną próbką dla auditowanej Organizacji. W trakcie auditu zebrano obiektywne dowody pozwalając na wiarygodną ocenę ujętych w planie elementów systemu zarządzania.

2. Zdefiniowane spostrzeżenia / niezgodności

Zdefiniowane	Liczba niezgodności/spostrzeżeń		nr kolejny Karty Niezgodności/ spostrzeżenia (wpisać ND – jak nie dotyczy)
Niezgodności	Małe	2	N1z1/AT1, N2z2/AW
	Duże	1	N1z2/AW
Spostrzeżenia	5		S1z1/AT1, S1z4/AW, S2z4/AW, S3z4/AW, S4z4/AW

3. Ocena funkcjonowania systemu zarządzania Organizacji

3.1 Ocena wykonania ustaleń z poprzedniego auditu

Termin poprzedniego auditu: 23-24.09.2024r.

Wyniki poprzedniego auditu zostały poddane przeglądowi, w celu zapewnienia wdrożenia odpowiednich działań korygujących/ korekcyjnych i doskonalących w odniesieniu do zidentyfikowanych niezgodności/spostrzeżeń.		Numery NZG/SA z poprzedniej oceny, których dotyczy opis lub ND
1	Niezgodności i/lub spostrzeżenia zidentyfikowane podczas poprzedniej oceny, które zostały uwzględnione, a wprowadzone korekcje i/lub działania korygujące są skutecznie wdrożone.	ND
2	Niezgodności i/lub spostrzeżenia zidentyfikowane podczas poprzedniej oceny, w odniesieniu do których podjęte działania nie są wystarczające lub do których nie podjęto korekcji i/lub działań korygujących. Wymagane jest podjęcie dalszych działań. Numery spostrzeżeń /Kart niezgodności z bieżącej oceny: -	ND

3.2 Przegląd wyników funkcjonowania systemu zarządzania w okresie objętym certyfikacją, w odniesieniu do informacji zawartych w raportach z cyklu certyfikacji (dot. auditu ponownej certyfikacji).

Przegląd nie ma zastosowania w tym audicie.

4. Rekomendacje zespołu auditorów:

w wyniku auditu NADZORU zespół auditorów wnioskuje o:

- utrzymanie certyfikacji

D. Ocena zgodności

Wymagania standardów o strukturze HLS:

PN-EN ISO 14001:2015-09; PN-EN ISO 45001:2024-02.

4 Kontekst organizacji - HLS

Organizacja Bartex Bartol Sp. z o.o. określiła kontekst zewnętrzny i wewnętrzny istotny dla celów i prowadzonej działalności oraz potrzeby i wymagania stron zainteresowanych. Procesy przedstawione w formie udokumentowanej informacji zostały określone z uwzględnieniem ryzyk i szans oraz wymagań prawnych i innych. Ustanowiony system zarządzania środowiskowego PN-EN ISO 14001:2015-09 i bezpieczeństwem i higieną pracy PN-EN ISO 45001:2024-02 jest zgodny z wymaganiami norm, utrzymywany i ciągle doskonalony.

Zebrane i ocenione powyższe dowody potwierdzają stałe spełnianie przez proces „Kontekst organizacji” wymagań określonych w kryteriach.

Pozytywy: ND

Niezgodności (treść i numer karty): ND

Spostrzeżenia (treść i numer): ND

5 Przywództwo - HLS

Najwyższe Kierownictwo Bartex Bartol Sp. z o.o. wykazuje przywództwo i zaangażowanie w odniesieniu do systemu zarządzania, w tym również do jego utrzymywania i doskonalenia. Udokumentowana Polityka Jakości, Bezpieczeństwa Żywności, Środowiska i BHP jest odpowiednia do celu istnienia i do kontekstu organizacji. Polityka jest rozpowszechniona i znana pracownikom oraz realizowana w praktycznych działaniach. Sprawy związane z BHP są konsultowane z przedstawicielem załogi.

Zebrane i ocenione dowody potwierdzają stałe spełnianie przez proces „Przywództwo” wymagań określonych w kryteriach.

Pozytywy: Bardzo duże zaangażowanie Najwyższego Kierownictwa w rozwój nieemisyjnych źródeł energii [Zarządzanie Spółką].

Niezgodności (treść i numer karty): ND

Spostrzeżenia (treść i numer): ND

6 Planowanie - HLS

Organizacja określiła cele środowiskowe i BHP z uwzględnieniem ryzyk i szans związanych z prowadzoną działalnością. Planowane są działania w celu minimalizacji zidentyfikowanych ryzyk i spotęgowania szans. Prawidłowo identyfikowane są wymagania prawne i inne w ochronie środowiska i BHP. Określenie sposobu odniesienia tych wymagań do aspektów środowiskowych i zagrożeń nie budzi zastrzeżeń. Cele środowiskowe i BHP wyznaczane są z uwzględnieniem aspektów znaczących, jak też wyników okresowej oceny zgodności stosowania przepisów prawnych i innych w ochronie środowiska i BHP. Oszacowane jest ryzyko dla realizacji określonych działań i zadań w ramach celów. Planowanie zmian odbywa się z uwzględnieniem wyników analizy aktualnej sytuacji finansowej i rynkowej.

Zebrane i ocenione dowody potwierdzają stałe spełnianie przez proces „Planowanie” wymagań przedmiotowych norm SZŚ i SZBHP.

Pozytywy: Starannie prowadzony nadzór nad dokumentacją i aktualizacją wymagań dotyczących ochrony środowiska [Zarządzanie środowiskiem pracy i ochroną środowiska].

Niezgodności (treść i numer karty): ND

Spostrzeżenia (treść i numer):

- S1z1/AT1: Wątpliwość budzi przedstawiony dokument systemowy Cele BHP na rok 2025 w zakresie sposobu formułowania celów oraz wartości aktualnych i docelowych. [Planowanie – cele BHP] wymaganie 6.2 normy PN-EN ISO 45001:2024-02.

7 Wsparcie - HLS

Organizacja posiada niezbędne zasoby ludzkie i techniczne do realizacji procesów. Pracownicy są świadomi Polityki ZSZ oraz celów. Park maszynowy i budynki podlegają okresowym przeglądom zgodnie z opracowanym planem. Wykonane przeglądy wraz z uwagami dokumentowane są w raportach. Wykonywane są badania środowiska pracy i przeglądy sprzętu ppoż. Organizacja posiada wykaz udokumentowanych informacji, które są nadzorowane. Zebrane i ocenione powyższe dowody potwierdzają stałe spełnianie przez proces „Wsparcie” wymagań określonych w kryteriach.

Pozytywy: ND

Niezgodności (treść i numer karty):

- N1z1/AT1 Niezgoda mała: Brak świadomości Kierownika Działu Transportu w zakresie aspektów środowiskowych w Dziale Transportu [Świadomość – Dział Transportu] wymaganie 7.3 normy PN-EN ISO 14001:2015-09

Spostrzeżenia (treść i numer):

- S4z4/AW: W oddziale Lwówek zdarzają się przypadki dokumentów zawierających niepełną identyfikację, np. Wykaz odczynników chemicznych stosowanych w laboratorium zakładowym [PN-EN ISO 14001:2015-09, PN-EN ISO 45001:2024-02 pkt 7.5.2].

8 Działania operacyjne - HLS

Działania operacyjne realizowane są w warunkach nadzorowanych z zapewnieniem adekwatnych środków produkcji, kontroli, materiałów, dokumentacji oraz zgodnie z wymaganiami systemu zarządzania środowiskowego i BHP. Zapewnione są niezbędne środki ochrony indywidualnej i odzież robocza. Zaopatrzenie, współpraca z dostawcami, weryfikacja zakupionych materiałów i usług jest systemowo uregulowana i nadzorowana. Organizacja opracowała listę kwalifikowanych dostawców, którzy są okresowo oceniani według określonych kryteriów. Organizacja zidentyfikowała potencjalne zagrożenia i sytuacje awaryjne oraz opracowała procedury i zasady postępowania w przypadku ich wystąpienia, których skuteczność jest sprawdzana podczas okresowo przeprowadzanych ćwiczeń. Wprowadzane zmiany są nadzorowane a ich skuteczność weryfikowana podczas wykonywanych auditów wewnętrznych. Odpady powstałe podczas realizacji procesów są segregowane i przechowywane w opisanych pojemnikach.

Zebrane i ocenione powyższe dowody potwierdzają stałe spełnianie przez proces „Działania operacyjne” wymagań określonych w kryteriach.

Pozytywy:

- Bardzo dobrze zorganizowany i wyposażony warsztat mechaniczny Działu Transportu, na podkreślenie zasługuje panujący ład i porządek. [Środowisko pracy – warsztat w Dziale Transportu].

Niezgodności (treść i numer karty):

- N1z2/AW: W warsztacie mechanicznym znajdowały się zawiesia łańcuchowe i pasowe bez aktualnych przeglądów [PN-EN ISO 45001:2024-02 pkt 8.1.2].
- N2z2/AW: W zaparkowanym wózku Linde oraz podnośniku koszowym znajdowały się kluczyki w stacyjce [PN-EN ISO 45001:2024-02 pkt 8.1.2].

Spostrzeżenia (treść i numer):

- S1z4/AW: Nieprecyzyjnie określone zasady postępowania w przypadku rozlania substancji chemicznych w laboratorium w Paproci [PN-EN ISO 14001:2015-09 pkt 8.2].
- S2z4/AW: W wyznaczonym pomieszczeniu w Paproci butla z gazem technicznym nie była zabezpieczona przed upadkiem [PN-EN ISO 45001:2024-02 pkt 8.1.2].
- S3z4/AW: Niska i nieoznakowana górna framuga przy wejściu do magazynu etykiet w Lwówku stwarzająca ryzyko uderzenia w głowę [PN-EN ISO 45001:2024-02 pkt 8.1.2].

9 Ocena efektów działania/działalności/wyników - HLS

Organizacja dokonuje pomiarów efektów działalności, skuteczności procesów i systemu zarządzania zgodnego z wymaganiami norm SZŚ i SZBHP oraz ciągłego doskonalenia skuteczności systemu. Wykonywane są oceny zgodności z wymaganiami prawnymi i innymi. Przyjęte są odpowiednie mierniki procesów. Pozyskiwane z procesów dane poddawane są analizom, a ich wyniki wykorzystywane do podejmowania działań doskonalących. Wykonywane są audyty wewnętrzne zgodnie z wcześniej opracowanym programem. Wyniki auditów udokumentowane są w raportach i stanowią dane wejściowe do doskonalenia. Przeglądy zarządzania są systematycznie wykonywane i udokumentowane w protokołach. Podczas przeglądu dokonywana jest ocena danych wejściowych wymaganych przedmiotowymi normami oraz planowane i zatwierdzane są działania korygujące i doskonalące wynikające z oceny skuteczności podjętych działań w tym wynikających z analizy ryzyka i oceny działania poszczególnych procesów. Zebrane i ocenione powyższe dowody potwierdzają stałe spełnianie przez proces „Ocena efektów działania” wymagań określonych w kryteriach.

Pozytywy:

- Wysoka jakość udokumentowanych informacji (bieżących i okresowych) w obszarze monitorowania, pomiarów, analiz i ocen, sporządzanych przez Sp. ds. bhp i ppoż., np. protokoły z przeglądów warunków pracy, czy Analiza roczna stanu BHP. [Zarządzanie BHP].

Niezgodności (treść i numer karty): ND

Spostrzeżenia (treść i numer): ND

10 Doskonalenie - HLS

Ciągłe doskonalenie w Organizacji obejmuje działania wynikające z realizacji celów, działań planowanych do ryzyk i szans, wdrażania działań do niezgodności i spostrzeżeń stwierdzonych podczas auditów oraz działań do incydentów, wypadków i sytuacji potencjalnie wypadkowych. W przypadku wystąpienia niezgodności analizowane są przyczyny ich wystąpienia, a następnie planowane są adekwatne działania korekcyjne i korygujące, których skuteczność jest potwierdzana. Efekty ciągłego doskonalenia poddawane są ocenie na przeglądach systemu zarządzania. Zebrane i ocenione powyższe dowody potwierdzają stałe spełnianie przez proces „Doskonalenie” wymagań określonych w kryteriach.

Pozytywy: ND

Niezgodności (treść i numer karty): ND

Spostrzeżenia (treść i numer): ND

E: Informacje dodatkowe

Lp.	Odpowiedzieć na pytania. Jeżeli zasadne wpisać krótki komentarz pod zadaniem pytaniem.	
1.	Czy wystąpiły odchylenia od planu auditu? Zmiana kolejności auditowanych obszarów dokonana na wniosek Organizacji podczas spotkania otwierającego. Opracowano wersję 3 Planu auditu z dn. 04.09.2025 r.	TAK
2.	Czy wystąpiły istotne kwestie mające wpływ na program auditów?	NIE
3.	Czy od ostatniego auditu (w tym etapu I) wystąpiły istotne zmiany mające wpływ na system zarządzania klienta?	NIE
4.	Czy wystąpiły zmiany w wymaganiach certyfikacyjnych, prawnych, akredytacyjnych; w strukturze organizacyjnej; w zagadnieniach dotyczących odpowiednich stron zainteresowanych?	NIE
5.	Czy są wymagania, które organizacja uznała za niemające zastosowania w jej systemie zarządzania?	ND
6.	Czy jest podane właściwe uzasadnienie dla wymagań uznanych przez organizację za niemające zastosowania w jej systemie?	ND
7.	Czy zakres certyfikacji jest adekwatny do prowadzonej działalności?	TAK
8.	Czy stosowanie certyfikatów i znaków certyfikowanego systemu jest zgodne z umową o certyfikację z PCBC SA? Certyfikaty dostępne na stronie internetowej, znaki certyfikowanego systemu nie są stosowane.	TAK
9.	Czy wystąpiły skargi stron zainteresowanych skierowane do klienta lub skargi dotyczące klienta, które otrzymało PCBC S.A.?	NIE
10.	Czy znajdują potwierdzenie informacje dotyczące stanu zatrudnienia wskazanego we Wniosku o certyfikację (zał. 6 do IBC 01.01) lub Arkuszu aktualizacji informacji o Organizacji (zał. 11 do IBC 01.01)	TAK
11.	Czy procesy realizowane w auditowanej organizacji są powtarzalne i jest taki sam poziom nadzoru na zmianach?	TAK
12.	Czy występuje spójność pomiędzy polityką, celami i zadaniami organizacji?	TAK
13.	Czy zastosowane podczas auditu zdalnego techniki oceny wspierane przez techniki informacyjno- komunikacyjne (określone i przywołane w planie auditu) pozwoliły na skuteczną realizację celów auditu?	ND
14.	Czy w spotkaniu zamykającym audit systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy (BHP; dot. PN-EN ISO 45001:2024-02) brali udział: - członkowie kierownictwa prawnie odpowiedzialni za bezpieczeństwo i higienę pracy, - personel odpowiedzialny za monitorowanie stanu zdrowia pracowników - przedstawiciel(-le) pracowników odpowiedzialny(-ni) za bezpieczeństwo i higienę pracy.	TAK
15.	Organizacja wykazuje ciągłą poprawę wyniku energetycznego, czego potwierdzeniem są dowody zawarte w niniejszym raporcie. (dotyczy auditu początkowej lub ponownej certyfikacji PN-EN ISO 50001:2018-09)	ND
16.	Organizacja wykazała się wdrożeniem działań na rzecz ciągłej poprawy wyniku energetycznego i jest widoczny postęp w realizacji programu poprawy, czego potwierdzeniem są dowody zawarte w niniejszym raporcie. (dotyczy auditu nadzoru PN-EN ISO 50001:2018-09)	ND

17.	Czy w przypadku wystąpienia incydentu organizacja zgłosiła ten fakt jednostce certyfikującej?(dot. PN-EN ISO 45001:2024-02; PN-EN ISO/IEC 27001:2017-06; PN-EN ISO/IEC 27001:2023-08; PN-EN ISO 13485:2016-04)	ND
-----	--	----

F: Podsumowanie wyników auditu

Organizacja ustanowiła, wdrożyła i utrzymuje system zarządzania zgodny z kryteriami odniesienia. W wyniku przeprowadzonego auditu oraz uzyskanych dowodów potwierdzona została zdolność systemu do spełniania mających zastosowanie wymagań, osiągania oczekiwanych wyników oraz realizacji celów w zdefiniowanym zakresie systemu. Organizacja przedstawiła dowody skutecznego funkcjonowania, utrzymywania i doskonalenia systemu zarządzania, w tym dowody realizacji auditów wewnętrznych i przeglądów zarządzania. Przyjęte cele auditu zostały zrealizowane, stosowność zakresu certyfikacji potwierdzona.

Podczas auditu wskazano mocne strony systemu (pozytywy) przywołane w niniejszym raporcie.

Sformułowano spostrzeżenia, które wskazują na możliwość doskonalenia istniejącego stanu, w tym możliwość usunięcia potencjalnych źródeł problemów, mogących w przyszłości spowodować niezgodność. W odniesieniu do spostrzeżeń organizacja jest zobowiązana do przeprowadzenia analizy ryzyka, a na jej podstawie (w razie konieczności) do podjęcia stosownych działań. Działania te będą przedmiotem oceny podczas kolejnego auditu.

Zidentyfikowano niezgodności (patrz karty niezgodności).

Niezgodność duża została usunięta, zaakceptowano i zweryfikowano korekcje i działania korygujące na podstawie przesłanych dowodów.

W odniesieniu do niezgodności małych przeprowadzono przegląd i zaakceptowano plany klienta dotyczące korekcji i działań korygujących. Skuteczność działań zostanie oceniona podczas kolejnego auditu.

Rekomendacje zespołu auditorów znajdują się w sekcji C p. 4.

G: Wykaz załączników do raportu

Lp.	ZAŁĄCZNIKI Zaznaczyć TAK jeśli załącznik występuje w pakiecie Raportowym	PCBC	KLIENT	TAK/NIE
1.1	FBC 19-1 Arkusz 1 Program auditów (łącznie arkuszy - 2)	x	-	TAK
1.2	FBC 19-1 Arkusz 1 Program auditów – dla auditu przejścia	x	-	NIE
1.3	FBC 48 Samoocena - dla auditu przejścia	x	-	NIE
2	FBC 19 Arkusz 1 Plan auditu - przekazany Organizacji przed auditem	x	x	TAK
3	FBC 19 Arkusz 3 Lista osób uczestniczących w audicie (łącznie arkuszy - 2)	x	-	TAK
4.1	FBC 19 Arkusz 4D – Dowody z auditu (łącznie arkuszy - 2)	x	-	TAK
4.2	FBC 19 Arkusz 4D/ AQAP 2210 – Dowody z auditu (łącznie arkuszy - 0)	x	-	NIE
5	FBC-19 Arkusz 5/W Ustalenia z auditu w odniesieniu do WSK	x	-	NIE
6	FBC 19 Arkusz 7 Karty niezgodności – przekazane Organizacji podczas auditu (łącznie arkuszy - 3)	x	x	TAK
7	FBC 19 Arkusz 8 Karta z propozycjami zakresu i formy certyfikatu - przekazane Organizacji podczas auditu (łącznie arkuszy - 0)	x	x	NIE
8	FBC 45 Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej	x	-	NIE
9	Inne: -	x	-	-

Planowany termin kolejnego auditu: (miesiąc.rok)	08.2026
Data opracowania raportu:	23.09.2025r.



Raport opracował:

Auditor Wiodący: *(imię i nazwisko)*

Wojciech Jezierski

Raport w imieniu jednostki

certyfikującej zatwierdził:

(imię i nazwisko, podpis, data)