

# ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА»

УТВЕРЖДАЮ:

Генеральный директор

ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА»

Масленников А.Л.



« 01 » июля 2024 г.

## Руководство по менеджменту

Новосибирск– 2024 г.

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА.....	4
1.1. Общие положения.....	4
1.2. Применение.....	4
2. ОПИСАНИЕ ЮРИДИЧЕСКОГО СТАТУСА.....	5
3. СТРУКТУРА ОРГАНИЗАЦИИ.....	5
4. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С ГОЛОВНОЙ И ДОЧЕРНИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ.....	6
5. ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА.....	6
5.1. Формирование, применение и актуализация Политики в области качества.....	6
5.2. Основные цели, задачи и обязательства лаборатории в области качества.....	6
6. ЗАПИСИ О НАЗНАЧЕНИИ ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА, УПОЛНОМОЧЕННОГО ДЛЯ РАЗРАБОТКИ, ПОДДЕРЖАНИЯ И РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА.....	8
7. ЗАПИСИ, ЧТО ПЕРСОНАЛ ЛАБОРАТОРИИ ОЗНАКОМЛЕН С РУКОВОДСТВОМ ПО КАЧЕСТВУ, ПОЛИТИКОЙ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА.....	9
8. ДАННЫЕ О КВАЛИФИКАЦИИ, ПРАКТИЧЕСКОМ ОПЫТЕ РАБОТЫ И ПОЛНОМОЧИЯХ РУКОВОДИТЕЛЯ И ПЕРСОНАЛА ЛАБОРАТОРИИ КАК ШТАТНОГО, ТАК И ПРИВЛЕКАЕМОГО.....	9
9. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПЕРСОНАЛА, ЗАНЯТОГО В ПРОВЕДЕНИИ ИСПЫТАНИЙ, АНАЛИЗА, ИЗМЕРЕНИЙ.....	10
10. ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ ПЕРСОНАЛА, ЗАНИМАЮЩЕГОСЯ ИСПЫТАНИЯМИ И ОФОРМЛЕНИЕМ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПЫТАНИЙ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ИХ СЛУЖЕБНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.....	11
11. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СХЕМА, ОТРАЖАЮЩАЯ ПОДЧИНЕННОСТЬ, ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЯЗАННОСТЕЙ ПЕРСОНАЛА.....	11
11.1. Административная подчиненность персонала лаборатории.....	11
11.2. Задачи и функциональные обязанности персонала лаборатории.....	11
12. КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К СПЕЦИАЛИСТАМ ЛАБОРАТОРИИ.....	12
13. ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИСПЫТАНИЙ, АНАЛИЗА, ИЗМЕРЕНИЙ.....	12
14. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ С ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ.....	13
15. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛЪЗУЕМЫХ СРЕДСТВАХ КОНТРОЛЯ, ИСПЫТАНИЙ, АНАЛИЗА И ТЕХНИЧЕСКОГО ДИАГНОСТИРОВАНИЯ (В ТОМ ЧИСЛЕ СРЕДСТВАХ ИЗМЕРЕНИЙ).....	13
16. ПРОЦЕДУРА ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ПОВЕРКИ И ТЕХНИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СРЕДСТВ ИЗМЕРЕНИЙ И ИСПЫТАТЕЛЬНОГО ОБОРУДОВАНИЯ.....	14
16.1. Поверка и аттестации оборудования.....	14
16.2. Техническое обслуживание и ремонт.....	15
17. ПРОЦЕДУРА ПРОВЕРКИ ТЕХНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОБОРУДОВАНИЯ ПОСЛЕ ЕГО ТРАНСПОРТИРОВКИ И ДОСТАВКИ НА РАБОЧЕЕ МЕСТО.....	15
18. СВЕДЕНИЯ О ЗАНИМАЕМЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ.....	16
19. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ИСПЫТАНИЙ В ОБЛАСТИ АККРЕДИТАЦИИ ЛАБОРАТОРИИ, ВКЛЮЧАЯ ОФОРМЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПЫТАНИЙ И ВЫДАЧУ ЗАКЛЮЧЕНИЙ И ПРОТОКОЛОВ ИСПЫТАНИЙ.....	16
20. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ИСПЫТАНИЙ ПРИ ВЫНУЖДЕННОМ ОТКЛОНЕНИИ ОТ ТРЕБОВАНИЙ ДОКУМЕНТОВ, ДЕЙСТВУЮЩИХ В ЛАБОРАТОРИИ.....	17
21. ПРОЦЕДУРА РЕГИСТРАЦИИ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ И ОКОНЧАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПЫТАНИЙ И АНАЛИЗА, МЕР ПО ЗАЩИТЕ И ВОССТАНОВЛЕНИЮ ЭЛЕКТРОННЫХ НОСИТЕЛЕЙ ИНФОРМАЦИИ, ВКЛЮЧАЯ НЕСАНКЦИОНИРОВАННЫЙ ДОСТУП.....	17
22. ПОДРОБНОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ДОКУМЕНТИРОВАННЫХ ПРОЦЕДУР, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСПЫТАНИЙ И АНАЛИЗЕ, И ИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕЖДУ СОБОЙ.....	18
23. ПОРЯДОК КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА РАБОТ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСПЫТАНИЙ И АНАЛИЗЕ, ОФОРМЛЕНИЕ ИХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	18
24. ПОРЯДОК СОСТАВЛЕНИЯ, УЧЕТА И ХРАНЕНИЯ ДОКУМЕНТОВ ЛАБОРАТОРИИ.....	18
25. ПОРЯДОК УЧЕТА, ВЕДЕНИЯ И ХРАНЕНИЯ ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА.....	19
26. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.....	19



## Испытательная лаборатория

27. ПРОЦЕДУРА УПРАВЛЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ.....	20
28. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИДЕНТИФИКАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ И СТАТУСА ПЕРЕСМОТРА ДОКУМЕНТОВ. ....	21
29. ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ВЕРСИЙ ДОКУМЕНТОВ.....	21
В МЕСТАХ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ. ....	21
30. ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОХРАННОСТИ ДОКУМЕНТОВ ЧЕТКИМИ И ЛЕГКО ИДЕНТИФИЦИРУЕМЫМИ.....	21
31. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИДЕНТИФИКАЦИИ ДОКУМЕНТОВ ВНЕШНЕГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ .....	22
И УПРАВЛЕНИЕ ИХ РАССЫЛКОЙ.....	22
32. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ НЕПРЕДНАМЕРЕННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УСТАРЕВШИХ ДОКУМЕНТОВ .....	22
И ПРИМЕНЕНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ТАКИХ ДОКУМЕНТОВ,.....	22
ОСТАВЛЕННЫХ ДЛЯ КАКИХ-ЛИБО ЦЕЛЕЙ.....	22
33. ПЕРЕЧЕНЬ ПОДРЯДНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....	22
34. ПРОЦЕДУРА РАССМОТРЕНИЯ АПЕЛЛЯЦИЙ, ПРЕТЕНЗИЙ, ЖАЛОБ, СПОРНЫХ ВОПРОСОВ. ....	22
35. ПОРЯДОК ВНУТРЕННЕГО АУДИТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛАБОРАТОРИИ, ПОРЯДОК РАЗРАБОТКИ.....	24
ПЛАНА КОРРЕКТИРУЮЩИХ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЙ И.....	24
ОРГАНИЗАЦИИ ИХ ПРОВЕДЕНИЯ. ....	24
36. ПРОЦЕДУРА ПЕРЕСМОТРА СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА .....	25
И АНАЛИЗА СО СТОРОНЫ РУКОВОДСТВА.....	25
37. ПРОЦЕДУРА ПРИОСТАНОВКИ (ПРЕКРАЩЕНИЯ) ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СЛУЧАЕ ПРИОСТАНОВЛЕНИЯ (ОТМЕРЫ) ДЕЙСТВИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВА ОБ АККРЕДИТАЦИИ.....	26
38. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕСПРИСТРАСТНОСТИ И НЕЗАВИСИМОСТИ .....	26
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСПЫТАНИЙ.....	26
39. ПРОЦЕДУРА СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ.....	27
40. ПЕРЕЧЕНЬ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ЛАБОРАТОРИИ (СПЕЦИАЛИСТОВ).....	28
ДЛЯ РАССЫЛКИ РУКОВОДСТВА ПО КАЧЕСТВУ.....	28
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 .....	29
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 .....	30
ПРИЛОЖЕНИЕ 3 .....	33
ПРИЛОЖЕНИЕ 4.....	34
ПРИЛОЖЕНИЕ 5 .....	35
ПРИЛОЖЕНИЕ 6 .....	37
ПРИЛОЖЕНИЕ 7 .....	39
ПРИЛОЖЕНИЕ 8 .....	40
ПРИЛОЖЕНИЕ 9 .....	41
ПРИЛОЖЕНИЕ 10.....	42
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	43
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.....	44

## Испытательная лаборатория

### 1. Область применения системы менеджмента качества.

#### 1.1. Общие положения.

Настоящее руководство по менеджменту лаборатории разрушающего контроля (далее по тексту – лаборатория) общества с ограниченной ответственностью «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА» разработано с целью описания и внедрения эффективной системы качества.

Испытательная лаборатория выполняет следующие работы по видам испытаний:

Объект испытаний	Наименование испытаний, определяемых характеристик (параметров) объекта испытаний	Нормативные документы, устанавливающие требования к методам испытаний	Нормативные документы, устанавливающие требования к объектам испытаний
Масла трансформаторные	Кислотное число	ГОСТ 5985-79	ГОСТ 10121-76, СТО 34.01-23.1-001-2017, РД 153-34.0-46.302-00, СТО 34.01-23-003-2019
	Наличие водорастворимых кислот и щелочей. Водородный показатель (рН)	ГОСТ 6307-75	
	Содержание воды	ГОСТ Р МЭК 60814-2013	
	Массовая доля антиокислительной присадки (ионола)	№ МКХА КН-01-12 (часть 2)	
	Температура вспышки в закрытом тигле	ГОСТ 6356-75	
	Тангенс угла диэлектрических потерь масла	ГОСТ 6581-75, п.2	
	Пробивное напряжение	ГОСТ 6581-75, п.4	
	Массовая доля фурановых производных	№ МКХА КН-01-12 (часть 1)	
	Класс промышленной чистоты	ГОСТ 17216-2001	
	Содержание растворенных в масле газов (газосодержание)	СТО 56947007-29.180.010.094-2011	
Бумага электроизоляционная	Степень полимеризации	Методика определения степени полимеризации бумажной изоляции силовых трансформаторов и шунтирующих реакторов (№ 388-012-85.1 «Свердловэнерго»)	СТО 34.01-23.1-001-2017, СТО 34.01-23.1-002-2019
	Влагосодержание	СТО 34.01.-23.1-002-2019, Приложение Б	
Силикагель технический	Остаточное влагосодержание	ГОСТ 3956-76, п.4.9	ГОСТ 3956-76, СТО 34.01-23.1-001-2017

#### 1.2. Применение.

1.2.1. Система качества лаборатории разработана с учетом требований ГОСТ ISO/IEC 17025-2019 «Общие требования к компетентности испытательных и калибровочных лабораторий».

1.2.2. Руководство по менеджменту применяется:

- для внутреннего использования персоналом лаборатории при проведении вышеуказанных работ, а также при решении других задач системы качества;
- для представления системы качества в конкретных ситуациях при аудите системы качества.

Испытательная лаборатория	Руководство по менеджменту	Лист №4 из 43
---------------------------	----------------------------	---------------



## 2. Описание юридического статуса.

2.1. Лаборатория не имеет статуса юридического лица и непосредственно подчиняется Генеральному директору ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА», не имеет собственного баланса и пользуется реквизитами организации.

**2.2. ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА» является самостоятельной правовой единицей, способной нести юридическую ответственность.**

2.3. Наименование организации: Общество с ограниченной ответственностью «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА» (ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА»)

2.4. Юридический адрес организации: 630126, Россия, Новосибирская область, город Новосибирск, микрорайон Зеленый бор, помещения 16,21-29

2.5. Почтовый адрес организации: 630126, Россия, новосибирская область, город Новосибирск, а/я 36

2.6. Наименование лаборатории: испытательная лаборатория

2.7. Адрес лаборатории: 630126, Россия, Новосибирская область, город Новосибирск, микрорайон Зеленый бор, дом 7

2.8. Телефон 8-383-269-99-00

**2.9. Банковские реквизиты организации:**

ИНН / КПП / БИК 5405367743/540501001/0450044867

Р/счёт 40702810004000003215

Филиал Сибирский ПАО Банк «ФК Открытие», г. Новосибирск

Корр. Счет: 301018102500400000867

## 3. Структура организации.

3.1. Руководство лаборатории осуществляет Руководитель лаборатории, назначаемый приказом Генерального директора организации. Руководитель испытательной лаборатории подчиняется непосредственно Генеральному директору ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА».

3.2. Организационная структура лаборатории в составе организации указана в

**Приложение 1.**

**4. Взаимоотношения с головной и дочерними организациями.**

ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА» дочерних организаций не имеет.

**5. Заявление о политике в области качества.**

**5.1. Формирование, применение и актуализация Политики в области качества.**

5.1.1. Политика лаборатории в области качества, как структурного подразделения ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА», соответствует основному направлению политики в области качества ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА» – направлена на

- обеспечение высокого качества работ при монтаже, ремонте, реконструкции и проведении технического диагностирования технических устройств, применяемых на опасных производственных объектах за счет выявления недопустимых дефектов методами разрушающего контроля;

- обеспечение требуемых нормативными документами выявляемости дефектов и достоверности результатов контроля, и проведение на этой основе технически обоснованных корректирующих и предупреждающих действий.

5.1.2. Руководитель процесса обеспечения качества в организации – Генеральный директор.

5.1.3. Ответственный за управление Политикой в области качества лаборатории – Руководитель лаборатории.

5.1.4. Доведение Политики в области качества до персонала лаборатории осуществляется путем:

- разъяснения целей и задач Политики в ходе производственных совещаний;
- ознакомления с Политикой под роспись при приеме на работу;
- организации обучения персонала лаборатории;
- применения наглядной агитации;
- внесения в должностные инструкции специалистов конкретных задач.

5.1.5. Проверка реализации Политики в области качества осуществляется при внутренних проверках (внутреннем аудите) в соответствии с документированными процедурами проверок (аудита). Внутренний плановый аудит проводится с применением Акта внутренней проверки, разработанных начальником лаборатории. Акт внутренней проверки согласуются с Генеральным директором – при необходимости. Основой каждого Акта является комбинация вопросов и ответов, направленная на освещение состояния соответствующего элемента СК. (Пример формы Акта внутренней проверки приведены в **Приложение 2**.)

5.1.6. Политика в области качества лаборатории ежегодно анализируется руководством организации не реже одного раза при анализе пригодности и результативности системы менеджмента качества организации.

5.1.7. Политика в области качества может быть:

- использована в информационных и рекламных целях;
- опубликована в специальных каталогах, проспектах, периодической печати;
- представлена потребителю (заказчику) при заключении договора.

**5.2. Основные цели, задачи и обязательства лаборатории в области качества.**

5.2.1. Политика в области качества является основой для постановки и анализа целей в области качества, включая цели, необходимые для выполнения требований, предъявляемых к работе лаборатории.

В области качества руководство лаборатории ставит перед собой следующие цели:

- достижения высокого уровня качества выполняемых работ по испытаниям;
- объективный и беспристрастный подход при проведении работ;
- обеспечения доверия к качеству выполняемых работ по испытаниям;



- исключение оказания финансового, коммерческого или иного воздействия на лабораторию, которое может повлиять на результаты испытаний;

- совершенствования и обновления материально-технической базы, в соответствии с новейшими разработками в области науки и техники; техническое обслуживание имеющегося парка оборудования и приборов;

- повышения профессиональной квалификации и компетентности всего персонала лаборатории;

- обеспечения беспристрастности суждения при выполнении работ на объектах потребителя (Заказчика);

- поддержания и улучшения функционирования системы качества организации.

5.2.2. Обязанности лаборатории учитывают выполнение следующих требований:

- ГОСТ ISO/IEC 17025-2019;

- требований предъявляемых заказчиком;

- требований нормативных документов (ГОСТ, ОСТ, ТУ, РД, и т.д.);

- требований документов органов исполнительной власти (предписания, рекомендации

Ростехнадзора);

- требований документов системы качества.

5.2.3. В целях выполнения вышеуказанных требований Руководитель испытательной лаборатории выполняет обязанности, предусмотренные его должностной инструкцией.

5.2.4. Лаборатория постоянно улучшает результативность своей деятельности, опираясь на внедренную систему качества. Система качества лаборатории является гибким инструментом для реализации политики в области качества при проведении работ по испытаниям, и совершенствуется в процессе деятельности. Совершенствование системы качества основано на планировании в достижении поставленных задач и целей. Установление задач и целей на различных уровнях осуществляется путем:

- планирования технического развития лаборатории;

- планирования мероприятий по осуществлению политики в области качества, направленной на улучшение результативности деятельности лаборатории;

- планирования работ лаборатории;

- планирования обучения и повышения квалификации сотрудников лаборатории;

- других мероприятий, направленных на развитие системы качества лаборатории.

Цели в области качества должны быть измеримыми достижимыми в течение определенного периода времени.

5.2.5. Техническое развитие направлено на совершенствование технологических процессов, развитию парка оборудования по испытаниям и контролю, а также повышению качества работ при проведении испытаний объектов и материалов, согласно области аккредитации лаборатории.

5.2.6. Техническое развитие лаборатории включает наиболее эффективные мероприятия, проводимые квалифицированными сотрудниками лаборатории с использованием имеющихся материальных ресурсов.

5.2.7. Лаборатории использует процессы, позволяющие наиболее эффективно достигать необходимых результатов и максимально удовлетворить запросы и требования потребителя (заказчика).

5.2.8. В план обучения и повышения квалификации включаются сведения о конкретных сотрудниках лаборатории, а также сроки проведения соответствующих мероприятий.

5.2.9. Разработку планов осуществляет Руководитель испытательной лаборатории по согласованию с Генеральным директором.

Контроль над реализацией планов осуществляется под руководством Генерального директора.

5.2.10. В целях максимально эффективного функционирования системы качества в лаборатории могут проводиться другие мероприятия, разработанные руководителем лаборатории и (или) вышестоящим руководством.



5.2.11. Система менеджмента качества лаборатории распространяется на все виды работ по испытаниям металла независимо от места их проведения.

5.2.12. Для достижения целей политики в области качества, в лаборатории применяются вспомогательные процедуры, изложенные в разделах 9, 14, 16, 17, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35 настоящего руководства.

**6. Записи о назначении должностного лица, уполномоченного для разработки, поддержания и развития системы менеджмента качества.**

6.1. С целью обеспечения политики в области качества в лаборатории внедрена и поддерживается в рабочем состоянии система менеджмента качества.

6.2. Лицо ответственное за функционирование системы качества указано в паспорте лаборатории.

6.3. Ответственный за обеспечение качества в своей работе руководствуется действующим законодательством, государственными методическими инструкциями, нормативными документами, приказами по подчинённости, настоящим “Руководством по менеджменту” и документами системы качества ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА», приказами по организации и др. документами вышестоящих организаций.

6.4. Ответственный за обеспечение качества назначается и освобождается от данной функциональной обязанности распоряжением руководителя лаборатории или приказом по организации.

6.5. Ответственным за обеспечение качества назначается лицо, имеющее высшее или среднее специальное образование, специальную подготовку в области НК или испытаний и стаж работы в организации не менее одного года.

6.6. Ответственный за обеспечение качества выполняет следующие функции:

- своевременное проведение мероприятий, связанных с введением новых нормативов и стандартов;

- техническое и методологическое обеспечение функционирования системы качества в лаборатории;

- сбор и обобщение предложений сотрудников лаборатории и подразделений предприятия по корректировке Политики в области качества лаборатории;

- участие в подготовке к аккредитации лаборатории;

- участие в подготовке к аттестации сотрудников лаборатории.

6.7. Ответственный за обеспечение качества имеет следующие полномочия (права):

- действовать от имени лаборатории и представлять её интересы во взаимоотношениях с подразделениями организации (сторонними организациями) по вопросам проведения контроля и испытаний;

- запрашивать и получать от руководителей структурных подразделений организации и специалистов необходимую информацию;

- проводить мероприятия, направленные на повышение качества испытаний;

- взаимодействовать с руководителями всех структурных подразделений организации по вопросам проведения испытаний;

- выдвигать предложения о поощрениях отличившихся работников и о привлечении к дисциплинарной ответственности работников, не соблюдающих трудовую и производственную дисциплину.

6.8. Ответственный за обеспечение качества несет ответственность за следующие действия:

- недостаточное обеспечение разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии процессов, требуемых системой качества;



- несвоевременное и некачественное представление отчетов о функционировании системы качества в лаборатории и необходимости ее улучшения (при анализе со стороны руководства);
- недостаточное содействие распространению понимания со стороны сотрудников лаборатории и организации требований потребителей по всей лаборатории и организации методом проведения совещаний по вопросам качества, актуализации информации на стендах, ознакомления с Политикой в области качества;
- недостаточную организацию внутреннего обмена информацией;
- несвоевременную и неполную организацию проведения внутренних аудитов;
- недостаточное проведение мониторинга и измерения процессов;
- некачественную и несвоевременную организацию работ по анализу данных и оценке функционирования системы качества лаборатории.

**7. Записи, что персонал лаборатории ознакомлен с руководством по качеству, политикой в области качества.**

7.1. Каждый сотрудник лаборатории ознакомлен с руководством по менеджменту и политикой в области качества, о чем свидетельствует его подпись в «Листе ознакомления с руководством по менеджменту и политикой в области качества».

7.2. Документация, относящаяся к системе качества лаборатории, находится в лаборатории, что обеспечивает ее доступность для персонала.

**8. Данные о квалификации, практическом опыте работы и полномочиях руководителя и персонала лаборатории как штатного, так и привлекаемого.**

8.1. Лаборатория располагает руководящим и техническим персоналом необходимым для исполнения своих обязанностей.

8.2. Результативность функционирования лаборатории в значительной мере зависит от квалификации и компетентности персонала.

8.3. Для обеспечения высокого качества работ, выполняемых лабораторией, в организации разработана и поддерживается в рабочем состоянии система «Управления персоналом».

8.4. Целями данной системы (в рамках лаборатории) являются:

- обеспечение кадрами в соответствии со штатным расписанием;
- обеспечение необходимого уровня квалификации персонала для успешного выполнения порученной им работы;
- подготовка персонала к выполнению работ при изменениях в области аккредитации и изменениях в нормативных или технических документах;
- стимулирование персонала;
- доведение до персонала его конкретного вклада в общие усилия организации, направленные на реализацию Политики и целей в области качества и удовлетворение требований заказчика.

8.5. Персонал лаборатории, задействованный в проведении испытаний, имеет необходимый уровень квалификации, который определяется его образованием, специальной подготовкой, опытом работы, нормативно и законодательно установленными квалификационными требованиями, и позволяет обеспечить качественное выполнение работ, согласно установленной лаборатории области аккредитации.

8.6. Данные о квалификации, практическом опыте работы руководителя и персонала приведены в разделе 2 паспорта лаборатории. Сведения о должностных и функциональных полномочиях всех сотрудников лаборатории, включая руководителя, приведены в соответствующих должностных инструкциях, положениях и настоящем руководстве.



8.7. Специалисты, работа которых влияет на качество предоставляемых услуг (выполняемых работ), осведомлены о последствиях, вызванных невыполнением требований, установленных в документации системы качества.

**9. Описание системы обучения и повышения квалификации персонала, занятого в проведении испытаний, анализа, измерений.**

9.1. Количественный состав сотрудников лаборатории определяется в зависимости от объемов выполняемых работ и применяемых видов испытаний, регулируется и утверждается Генеральным директором по представлению Начальника лаборатории и с согласования руководителя лаборатории.

9.2. Прием и увольнение работников лаборатории производит Генеральный директор по представлению Начальника лаборатории и с согласования с руководителя лаборатории.

9.3. Каждого вновь принимаемого работника знакомят с его работой, требованиями к ней по качеству и объему, с последовательностью этапов выполнения работ, Политикой и целями в области качества.

9.4. За деятельностью всех постоянно работающих в лаборатории сотрудников проводится непрерывный мониторинг, направленный на отслеживание их соответствия занимаемой должности и требованиям к выполняемым работам.

9.5. Руководитель испытательной лаборатории несет ответственность за выполнение работ аттестованным персоналом.

9.6. В случае появления новых требований к квалификации (введение повышенных требований, использование новых технологических процессов и оборудования, длительные перерывы по определенному виду работ, расширение области аккредитации или аттестации, истечение срока действия квалификационных удостоверений) проводится обучение и аттестация персонала с целью повышения квалификации и получения новых навыков работы, перемещение на другое рабочее место (должность).

9.7. Согласно специально разработанному графику проводится обучение, подготовка и переаттестация сотрудников в соответствии с требованиями ГОСТ ISO/IEC 17025-2019 «Общие требования к компетентности испытательных и калибровочных лабораторий».

9.8. Ежеквартально проводится техническая учеба по изменениям требований НД, по применению новых материалов и оборудования, по соблюдению техники безопасности. Ответственный за техническую учебу – Руководитель лаборатории. Формы квалификационной карточки аттестованного специалиста и графика повышения квалификации приведены в **Приложение 3 и Приложение 4.**

9.9. Оформленные документы по квалификации и аттестации сотрудников хранятся в отделе кадров в личных делах этих сотрудников.

9.10. Личные дела сотрудников лаборатории хранятся и ведутся в отделе кадров предприятия, где в них помимо документов по квалификации и аттестации, вносится информация о перемещениях, поощрениях и наказаниях, а также хранятся копии удостоверений, сертификатов, копии протоколов переаттестации, документы, подтверждающие участие в семинарах, конференциях и другая информация, касающаяся квалификации сотрудников лаборатории.

9.11. Все требования к компетенции и квалификации, права и обязанности, относящиеся к штатному персоналу, относятся и к персоналу, нанятому по контракту. Со стороны начальника лаборатории ведется постоянный контроль, выполняемых работ, требованиям системы качества.



**10. Должностные инструкции персонала, занимающегося испытаниями и оформлением результатов испытаний, определяющие их служебные обязанности и ответственность.**

Должностные обязанности, ответственность и права сотрудников лаборатории (включая руководителя) определены в соответствующих должностных (трудовых) инструкциях.

**11. Организационная схема, отражающая подчиненность, ответственность и распределение обязанностей персонала.**

11.1. Административная подчиненность персонала лаборатории.

11.1.1. Руководство лаборатории осуществляет руководитель (начальник), назначаемый приказом по организации. Руководитель испытательной лаборатории непосредственно подчиняется Генеральному директору ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА».

11.1.2. Сотрудники лаборатории административно подчиняются руководителю лаборатории. Количественный состав работников лаборатории (согласно штатному расписанию) определяется объемами работ и может изменяться с течением времени.

11.2. Задачи и функциональные обязанности персонала лаборатории.

11.2.1. Задачи и функциональные обязанности руководства и персонала лаборатории распределены с учетом их ответственности следующим образом:

Руководитель испытательной лаборатории (начальник) – осуществление общего руководства деятельностью лаборатории; контроль за внедрением и функционированием в лаборатории системы качества и её актуализация; проведение внутренних аудитов; составление сводной заявки на приобретение оборудования для испытаний, средств испытаний и измерений; составление подготовительной документации и заявки на аккредитацию, повышение квалификации персонала; составление сводного графика поверки оборудования и средств измерений; составление сводного графика технического обслуживания оборудования; контроль за ремонтом и оценкой технического состояния, техобслуживанием оборудования лаборатории; проверка правильности эксплуатации оборудования; устранение несоответствий по указанным действиям и проведение предупреждающих мероприятий.

Технический Руководитель испытательной лаборатории (зам. начальника лаборатории) – осуществление технического руководства лаборатории, исполнение обязанностей руководителя лаборатории (при отсутствии руководителя лаборатории), организация и осуществление контроля и испытаний, отвечает за выполнение требований правил безопасности, промышленной санитарии, за обеспечение качества всех выполняемых работ.

Сотрудник лаборатории, ответственный за функционирование системы качества – учёт, хранение, внесение изменений в документацию СК.

Сотрудник лаборатории, ответственный за хранение, техническое обслуживание, эксплуатацию и метрологическое обеспечение испытательного оборудования и средств измерений – ремонт и техническое обслуживание, оценка технического состояния; проверка правильности эксплуатации оборудования, показ правильных приёмов работы; расконсервация нового оборудования и его запуск в работу, информирование об этом руководителя лаборатории, метрологическое обеспечение испытательного оборудования и средств измерений.

Сотрудник лаборатории, ответственный за ведение фонда нормативной технической и методической документации – учёт, хранение, внесение изменений в НД; составление сводной заявки на приобретение НД и её отдельных позиций.

Сотрудник лаборатории, ответственный за ведение и хранение документации по результатам испытаний – ведение делопроизводства и архива результатов испытаний.

Специалист II-го уровня квалификации – составление и изменение технологических карт, методик, инструкций; оформление заключений; выполнение своих обязанностей в рамках СК.



В случае производственной необходимости допускается совмещение перечисленных выше функциональных обязанностей одним сотрудником.

Персональная ответственность по различным процедурам в рамках выполнения системы качества распределена за персоналом лаборатории в соответствии его функциональными обязанностями.

11.2.2. В рамках функционирования системы качества со стороны руководителя (начальника) и/или технического руководителя лаборатории ведется контроль за деятельностью сотрудников лаборатории, проводящих испытания, включая специалистов I-го уровня квалификации и стажеров, а также персонала, привлекаемого по контракту.

11.2.3. По устному распоряжению руководителя (начальника) или технического руководителя лаборатории, за сотрудником, выполняющим конкретный вид работ, может «закрепляться» специалист, имеющий квалификацию не ниже II-го уровня, по данному виду работ.

11.2.4. Контроль производится путем инспекции непосредственно на месте производства работ или анализа отчетных данных, передаваемых с места производства работ, а также применением «дубль контроля», который заключается в повторяемости результатов испытаний.

11.2.5. В случае длительного отсутствия руководителя лаборатории его обязанности, права и ответственность, связанные с производственной деятельностью, а также полномочия, связанные с функционированием отдельных элементов СК приказом Генерального директора, возлагаются на технического руководителя. Ответственность за общее функционирование СК не передается.

11.2.6. При длительном отсутствии отдельных работников лаборатории их обязанности передаются другим штатным работникам лаборатории или сторонним специалистам соответствующего уровня квалификации распоряжением руководителя лаборатории или на основании приказов по организации.

11.2.7. Деятельность каждого сотрудника лаборатории оговорена должностной (трудовой) инструкцией и квалификационными требованиями. В должностных (трудовых) инструкциях установлены обязанности, права и ответственность персонала. Все сотрудники лаборатории ознакомлены со своими должностными (трудовыми) инструкциями. Факт ознакомления подтвержден личной подписью сотрудника.

11.2.8. Руководитель испытательной лаборатории пересматривает должностные инструкции в связи с изменениями нормативной документации и условий работы специалистов.

## **12. Квалификационные требования к специалистам лаборатории.**

12.1. Лаборатория располагает специалистами, аттестованными в установленном порядке на право проведения работ по всей области аккредитации.

12.2. Специалист II-го уровня квалификации – осуществление и руководство работами по контролю и испытаниям в соответствии с утвержденными нормативными и техническими документами, выбор методик, настройка оборудования, документация результатов испытаний, руководство специалистами I-го уровня при выполнении испытаний, выбор методик испытаний и соответствующего оборудования, выдача заключений по результатам испытаний, выполненных им самим или под его наблюдением специалистом I-го уровня.

## **13. Порядок назначения специалистов для проведения испытаний, анализа, измерений.**

13.1. Назначение специалистов для проведения контроля и испытаний производит Руководитель испытательной лаборатории или технический руководитель. Назначение происходит в следующей последовательности:

- осуществление руководителем лаборатории оценки возможности проведения работ по

Испытательная лаборатория	Руководство по менеджменту	Лист №12 из 43
---------------------------	----------------------------	----------------



испытаниям, в соответствии с областью аккредитации лаборатории и наличием аттестованного персонала, незанятого на проведении других работ;

- выбор руководителем лаборатории (техническим руководителем) аттестованного по необходимой области специалиста (одного или нескольких) из числа незанятых на других работах;

- извещение (в устной форме) начальником лаборатории (техническим руководителем) выбранного специалиста о назначении его в качестве исполнителя по проведению испытаний;

- проведение начальником лаборатории (техническим руководителем) подробного инструктажа назначенного специалиста о проведении необходимых работ.

#### **14. Порядок обращения с техническими средствами.**

14.1. Для проведения испытаний лаборатория оснащена необходимым оборудованием, техническими устройствами и средствами измерения для проведения работ в области аккредитации лаборатории.

14.2. Учет средств контроля и испытательного оборудования ведется ответственным сотрудником, посредством регистрационных документов (учетных листов, карточек), которые хранятся в лаборатории. Форма регистрационного документа на оборудование приведена в **Приложение 5**.

14.3. Наблюдение за правильной эксплуатацией, учетом и хранением оборудования, а также других средств, осуществляет ответственный за это сотрудник лаборатории.

14.4. Все данные по учету оборудования периодически, не реже 1 раза в год, подвергаются инвентаризации и переучету.

14.5. При вводе в эксплуатацию оборудования (консервации эксплуатируемого оборудования) оформляется акт ввода (консервации), который подписывают члены комиссии. Форма акта приведена в **Приложение 6**.

14.6. На изъятом из эксплуатации оборудовании должна иметься бирка, определяющая его техническое состояние («Консервация», «Ремонт», «Поверка» и т.д.).

14.7. Ответственность за учет и хранение оборудования в целом возложена на руководителя лаборатории.

#### **15. Сведения об используемых средствах контроля, испытаний, анализа и технического диагностирования (в том числе средствах измерений).**

15.1. Испытательное оборудование, средства измерений и другие средства, используемое лабораторией является собственностью ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА».

15.2. Данные по номенклатуре, количеству и техническому состоянию (и другие данные) используемого оборудования содержатся в паспорте лаборатории.

15.3. Перед приобретением новых расходных материалов и оборудования проводится анализ поставщиков с последующим их выбором. Данные о поставщиках находятся в учетных документах соответствующих служб организации.

15.4. В ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА» установлена и реализуется политика и процедуры по выбору и приобретению необходимых услуг, а также процедуры по приобретению, получению материалов, используемых при проведении испытаний.

15.5. Все материалы (копии), используемые при проведении испытаний, хранятся в лаборатории в порядке, установленном в нормативных документах.

15.6. На вновь приобретаемое оборудование производится входной контроль документации, подтверждающий метрологическую пригодность оборудования: свидетельства и сертификаты на поверку (калибровку).



**16. Процедура организации и проведения поверки и технического обслуживания средств измерений и испытательного оборудования.**

**16.1. Поверка и аттестации оборудования.**

16.1.1. В лаборатории применяется только пригодное к использованию оборудование, прошедшее метрологическую поверку (метрологическую аттестацию) и имеющее подтверждающие этот факт документы (свидетельства о поверке, калибровке, аттестации, клейма и др. отметки), а также удовлетворяющее требованиям нормативной документации к выполняемым работам.

16.1.2. За своевременным обеспечением метрологической проверки (калибровки, аттестации) оборудования согласно графику следит и несет ответственность специально уполномоченный сотрудник лаборатории. Испытательное оборудование, средства измерений и другие средства, входящие в комплект лаборатории имеют сертификаты качества, подтверждающие их технические возможности и в некоторых случаях, согласно контракту поставки, обеспечиваются постоянным техническим и метрологическим обслуживанием. По требованию контролирующих органов должны предоставляться сертификаты и оригиналы свидетельств о метрологической поверке (калибровке, аттестации).

16.1.3. Перед применением оборудование проходит метрологическую поверку (калибровку, аттестацию) в территориальных органах Ростехрегулирования или организациях, имеющих лицензии на право данной деятельности. Поверка (калибровка, аттестация) осуществляется согласно утвержденному графику. Форма графика поверки средств контроля, испытательного оборудования, средств измерений и других средств приведена в **Приложение 7**.

16.1.4. Планирование метрологической поверки (калибровки, аттестации) включает в себя следующие этапы:

- установление номенклатуры оборудования, подлежащего государственной и ведомственной поверке (калибровке, аттестации);
- изучения условий и интенсивности эксплуатации оборудования;
- анализа карточек и журналов учета оборудования;
- установления межповерочных интервалов;
- составление графика поверки, который должен содержать следующие данные: наименование и тип оборудования, заводской (инвентарный) номер, периодичность поверки, календарные сроки поверки.

16.1.5. Межповерочные интервалы (периодичность поверки) для оборудования, находящегося в эксплуатации, определяются нормативной документацией. В зависимости от типа оборудования, условий и интенсивности его эксплуатации, межповерочные интервалы могут уменьшаться, о чем делается пометка в графике поверки.

16.1.6. Межповерочные интервалы для оборудования, находящегося на хранении, должны быть не более гарантированных сроков, установленных изготовителем для оборудования, поступившего на хранение после выпуска из производства.

16.1.7. Оборудование, находящееся на длительном хранении, при соблюдении требований к его консервации и хранению подвергается периодической поверке при истечении межповерочного интервала. Ответственность за транспортировку, сдачу и получение оборудования с поверки несет сотрудник лаборатории, назначенный распоряжением руководителя лаборатории.

16.1.8. На оборудовании, если позволяют его размеры и это не мешает его эксплуатации, имеется бирка с указанием даты проведенной и последующей поверок.

16.1.9. Данные о поверке заносятся в учетные листы (карточки) оборудования сотрудником, ответственным за метрологическое обеспечение. Материалы по поверке (калибровке, аттестации) - свидетельства о поверке, аттестации, извещения о пригодности по



результатам поверки, акты технического состояния или освидетельствования, находятся у руководителя лаборатории.

**16.2. Техническое обслуживание и ремонт.**

16.2.1. Ответственным за техническое состояние испытательного оборудования, средств измерений и других средств является специально уполномоченный сотрудник лаборатории.

16.2.2. Оборудование, не соответствующее нормам и требованиям нормативных (эксплуатационных) документов, в работе не используется и подлежит наладке, ремонту или списанию.

16.2.3. Работы по ремонту оборудования, которые невозможно выполнить силами лаборатории, проводятся специализированными сторонними организациями, имеющими на это лицензии (разрешения).

16.2.4. При обнаружении неисправности оборудования оно изымается из эксплуатации, на него навешивается бирка "В ремонт" или "на ТО - техническое обслуживание", передается на склад и находится там, на хранении до отправки в ремонтную организацию. При возможности ремонта оборудования на месте оно остается в помещении лаборатории.

16.2.5. Все оборудование после ремонта в обязательном порядке представляются на внеочередную поверку (калибровку, аттестацию) и без документов, подтверждающих их пригодность к применению, к использованию не допускаются.

16.2.6. Оборудование, не подлежащее ремонту, отправляется на склад с биркой "Списание" и актом на списание оборудования, составленным и подписанным членами комиссии, назначенной приказом по организации. На складе оборудование разбирается, рабочие элементы приходятся, а нерабочие утилизируются.

16.2.7. Данные о техническом обслуживании (ТО) и ремонте отмечаются в регистрационных документах (учетных листах, карточках) на оборудование.

16.2.8. Техническое обслуживание испытательного оборудования включает в себя текущее обследование, калибровку, наладку, поверку, ремонт и проводится в зависимости от сложности:

- текущее обследование, калибровка – ежедневно (непосредственно перед проведением испытаний);

- наладка, ремонт – при выявлении нарушений в работе или отказе;

- поверка, электротехнические испытания – ежегодно.

16.2.9. Сведения о испытательном оборудовании и средствах измерений, поступающих и возвращаемых после технического обслуживания, фиксируются в регистрационных документах (учетных листах, карточках). Инструкции по эксплуатации оборудования находятся у руководителя лаборатории. Копии инструкций находятся у персонала лаборатории.

16.2.10. Оборудование, прошедшее поверку (калибровку) в специализированных организациях опломбировано, доступ ограничен, обслуживающий персонал проинструктирован о недопустимости самостоятельного вмешательства в узлы и агрегаты, программное обеспечение (регистрация показаний, измерений) эксплуатируемого оборудования, что исключает его несанкционированную регулировку и иное воздействие, которое может повлиять на результаты испытаний.

**17. Процедура проверки технического состояния оборудования после его транспортировки и доставки на рабочее место.**

17.1. После транспортировки испытательного оборудования производится проверка его технического состояния на предмет возможных механических повреждений и работоспособности путем визуального осмотра, включением и настройкой рабочих параметров.

17.2. При выявлении случаев неправильной эксплуатации оборудования к виновным применяются административные меры воздействия и его переаттестация. Оборудование дополнительно проверяется на работоспособность в установленном порядке.



17.3. Ответственность за правильность эксплуатации оборудования несет лицо, его эксплуатирующее. Для исключения несчастных случаев при работе с испытательным оборудованием необходимо строго соблюдать требования по технике безопасности, изложенные в технических паспортах и инструкциях.

#### **18. Сведения о занимаемых помещениях.**

18.1. Все помещения, используемые лабораторией для проведения испытаний и регистрации результатов, соответствуют санитарным, пожарным и другим нормам и правилам.

18.2. Подробная информация о занимаемых помещениях содержится в паспорте лаборатории.

18.3. Помещения, используемые лабораторией, содержатся в чистоте и порядке.

18.4. После проведения испытаний в помещениях лаборатории сотрудник их проводивший обязан убрать за собой рабочее место.

18.5. Контроль за поддержанием чистоты на рабочих местах сотрудников лаборатории осуществляет Руководитель лаборатории.

#### **19. Порядок проведения испытаний в области аккредитации лаборатории, включая оформление результатов испытаний и выдачу заключений и протоколов испытаний.**

19.1. Основанием для начала испытаний является заявка на ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА» от подразделения предприятия (заказчика), подписанная начальником подразделения.

После регистрации и определения сроков выполнения работ, заявка с резолюцией руководителя организации передается начальнику лаборатории, для проведения работ.

19.2. По заданию руководства (получении заявки) Руководитель испытательной лаборатории производит оценку (анализ) следующих параметров:

- наличие в лаборатории документов, регламентирующих требования к качеству, применяемые виды (методы) испытаний, нормы браковки, технологию контроля и испытаний;
- материал детали или элемента;
- виды и объем испытаний;
- возможные типы применимого оборудования из имеющегося в наличии;
- необходимость использования новых типов, большего количества единиц контрольного оборудования и средств измерения, чем те, которыми располагает лаборатория;
- наличие отработанных методик испытаний и опытного и квалифицированного персонала.

19.3. После проведенной оценки параметров работ, и при отсутствии причин, мешающих их проведению, об этом ставится в известность «Заказчик» (податель заявки).

19.4. По результатам анализа предстоящего объема работ, требований нормативной документации, наличия в лаборатории специалистов и оборудования и отсутствия замечаний со стороны «Заказчика» разрабатываются технологические карты (соответствующие методики) испытаний.

Программа технического задания согласовывается с «Заказчиком» и распределяет обязанности между «Исполнителем» и «Заказчиком» для выполнения испытаний.

19.5. При подготовке к испытаниям сотрудники лаборатории: изучают нормативную документацию, соответствующую применяемому виду испытаний; готовят к эксплуатации и проверяют техническое состояние испытательного оборудования и настраивают его.

19.6. Испытания осуществляются аттестованными специалистами в соответствии с технологическими картами, методиками, программами, инструкциям испытаний.



19.7. Изменения, произошедшие за время действия договора (контракта) на проведение испытаний, отражаются в дополнительных соглашениях к договорам или составлением новых договоров.

19.8. Изменения, касающиеся деятельности лаборатории, произошедшие во время действия договора (контракта) на проведение испытаний, доводятся до персонала лаборатории.

19.9. Проведение испытаний на объектах осуществляется в соответствии, с требованиями заказчика к порядку допуска стороннего персонала на его объекты. Персонал лаборатории обязан выполнять эти требования и применять при производстве работ безопасные методы, удовлетворяющие требованиям промышленной безопасности, охраны труда и иным законодательным требованиям с целью сохранения собственности заказчика.

19.10. Для исключения факторов (в том числе окружающей среды), влияющих на достоверность испытаний или качество производимых работ, проведение испытаний осуществляется в помещении лаборатории. Проведение испытаний вне помещений лаборатории осуществляется в условиях, исключающих неблагоприятное воздействие окружающей среды (установка навесов, использование средств испытаний соответствующего исполнения, использование приспособлений (средств), исключающих резкий температурный перепад применяемого оборудования и т.п.). Требования к проведению испытаний, исключающие неблагоприятное влияние окружающей (производственной) среды, изложены в технологических картах (инструкциях), регламентирующих порядок проведения (технология) испытаний.

19.11. При отклонении параметров производственной среды от заданных нормативов производится замер этих параметров с фиксацией результатов и установления причин отклонения. При невозможности устранения причин отклонения проведение работ прекращается до проведения корректирующих мероприятий.

19.12. Перед началом проведения работ по испытаниям оценивается степень влияния соседних участков, на которых производятся другие виды работ. В случае несовместимости данных работ с работами по испытаниям проводятся корректирующие мероприятия, направленные на изоляцию этих работ.

## **20. Порядок проведения испытаний при вынужденном отклонении от требований документов, действующих в лаборатории.**

Проведение испытаний при вынужденном отклонении от требований документов, действующих в лаборатории, осуществляется после корректировки (разработки) исполнительной документации с учетом возникших отклонений с обязательным соблюдением точности и достоверности выполняемых работ. Корректировка (разработка) документации может осуществляться с учетом привлечения специалистов и оборудования сторонних организаций.

## **21. Процедура регистрации промежуточных и окончательных результатов испытаний и анализа, мер по защите и восстановлению электронных носителей информации, включая несанкционированный доступ.**

21.1. Промежуточные результаты испытаний фиксируются в виде записей по произвольной форме с четкой идентификацией необходимой информации).

21.2. Окончательные результаты испытаний оформляются специалистом с правом выдачи заключений (протоколов) в соответствии с требованиями в виде заключений или протоколов, установленной формы в двух экземплярах - один выдается Заказчику или производителю (или ответственному за приём работ) работ - второй остается в лаборатории. Заключения (протоколы) по результатам испытаний составляет и подписывает специалист, проводивший контроль и/или испытания, которые утверждаются руководителем лаборатории.



*Примечание* – вместо второго экземпляра заключения, оставляемого в лаборатории, регистрацию результатов контроля и/или испытаний допускается осуществлять по журналу. Форма журнала регистрации результатов приведена в Приложение 8.

21.3. Правильность оформления документов и выводов по результатам испытаний постоянно контролирует Руководитель лаборатории. Подписи специалистов лаборатории на бланках заключений (протоколов) должны соответствовать образцам их подписей.

21.4. Результаты испытаний (заключения, акты, протоколы, журналы, отчеты или т.п.) хранятся в архиве лаборатории.

21.5. Информация, хранящаяся на электронных носителях, защищена от несанкционированного доступа и непреднамеренного изменения, и уничтожения методом установки пароля доступа к этим носителям.

21.6. Пароли доступа к защищаемой информации хранятся у руководителя лаборатории (технического руководителя лаборатории) и ответственного за ведение архива результатов испытаний. При необходимости пароли доступа могут находиться также у Генерального директора.

## **22. Подробное изложение документированных процедур, применяемых при проведении испытаний и анализе, и их взаимодействие между собой.**

При проведении испытаний применяются следующие документированные процедуры:

- основание для проведения контроля и/или испытаний (заявка);
- отбор проб (образцов) лаборатория не производит;
- регистрация промежуточных результатов испытаний (регистрация ведется в виде записей по произвольной форме с четкой идентификацией необходимой информации, которая позволяет установить объекты, прошедшие испытания, использованные виды испытаний, объемы, средства испытаний и испытательное оборудование, условия испытаний, персонал, проводивший испытания и выдавший протокол испытаний, дату и место проведения испытаний);
- регистрация окончательных результатов испытаний (регистрация ведется оформлением по установленной форме заключений (протоколов), в строгом соответствии с требованиями нормативных документов). В протоколе испытаний указывают всю требуемую заказчиком и необходимую для толкования результатов испытаний информацию, а также всю информацию, требуемую для используемой методики

## **23. Порядок контроля качества работ, выполняемых при проведении испытаний и анализе, оформление их результатов.**

23.1. Проведение контроля качества работ осуществляется посредством «летучего контроля», который проводится на рабочем месте для определения:

- качества контроля испытательных и контрольных образцов;
- наличия технически исправного и поверенного оборудования и средств измерений;
- последовательности выполнения работ в соответствии с принятыми методиками НК и испытаний;
- наличия на рабочем месте рабочей документации;
- порядка оформления заключений (протоколов) по результатам НК и/или испытаний.

## **24. Порядок составления, учета и хранения документов лаборатории.**

24.1. Основанием для составления документации лаборатории является распоряжение (приказ) руководства организации.

24.2. Порядок составления документации состоит из следующих этапов:

- сбор информации и ее анализ;



- подготовка чернового варианта документации;
- согласование чернового варианта с руководством;
- выполнение корректирующих мероприятий по устранению замечаний руководства (если замечания имеются);

- оформление документации;
- утверждение документации у руководства.

24.3. Руководитель испытательной лаборатории ведет учет и регистрацию имеющихся экземпляров составленной документации.

24.4. Учёт документации обеспечивается наличием следующей информации:

- наименование и обозначение (шифр) документа;
- срок действия (срок хранения);
- принадлежность документа лаборатории;
- дату регистрации (утверждения) документа.

24.5. Хранение документации лаборатории осуществляется в течение установленного периода времени на полках запираемого шкафа в сухом отапливаемом помещении.

## **25. Порядок учета, ведения и хранения документов системы менеджмента качества.**

25.1. К использованию допускаются только учтенные экземпляры документов системы качества.

25.2. Каждый экземпляр документов системы качества имеет регистрационный номер, устанавливающий принадлежность или местонахождение данного экземпляра.

25.3. Учет и регистрацию имеющихся экземпляров документов системы качества ведет Руководитель испытательной лаборатории или сотрудник, ответственный за функционирование системы качества.

25.4. Экземпляры документов системы качества лаборатории выдаются под роспись. Пользователь, получивший экземпляр документа, несет ответственность за его сохранность и обеспечение конфиденциальности информации, содержащейся в этом документе.

25.5. Ведение документов осуществляется руководителем лаборатории посредством проведения систематических проверок, согласно утвержденным графикам проведения внутреннего аудита, разработки плана мероприятий по устранению выявленных несоответствий и принятия на этой основе корректирующих и предупреждающих действий с целью обеспечения функционирования системы качества.

25.6. Хранение документов системы качества осуществляется в соответствии с п. 24 настоящего Руководства по качеству.

## **26. Описание системы информационного обеспечения.**

26.1. Система информационного обеспечения лаборатории направлена на своевременное извещение органа оценки соответствия, проводившего оценку лаборатории обо всех структурных и качественных изменениях, связанных с деятельностью организации и лаборатории, а также изменениях юридического адреса, платежных реквизитов и контактной информации, а также других изменениях.

26.2. Руководитель испытательной лаборатории следит за всеми указанными изменениями.

26.3. При выявлении соответствующих изменений, Руководитель испытательной лаборатории в срок, не превышающий 10 рабочих дней, информирует орган, проводивший аккредитацию лаборатории об этих изменениях.

26.4. Все изменения регистрируются в соответствующих документах лаборатории и/или организации.

26.5. Копии документов, в которые были внесены изменения, направляется в орган по



аккредитации по почте вместе с сопроводительным письмом за подписью руководства организации.

26.6. Для оперативной передачи информации о соответствующих изменениях сопроводительное письмо направляется в орган по аккредитации, в том числе факсимильной связью и/или по электронной почте.

26.7. Внешняя информация, поступающая в лабораторию, доводится до сведения сотрудников.

26.8. Руководитель испытательной лаборатории определяет необходимость, форму ознакомления работников с документацией и способы подтверждения ознакомления с ней.

### **27. Процедура управления документацией.**

27.1. В лаборатории разработана соответствующая документированная процедура управления документацией, включающая:

- согласование документов до утверждения с соисполнителями;
- утверждение документов высшим руководством организации;
- организацию учета и рассылки копий документов всем исполнителям для их применения;
- анализ, актуализацию по мере необходимости и пересмотр документов;
- подготовку и внесение изменений;
- идентификацию изменений и статуса пересмотра документов;
- определение и создание соответствующих условий хранения документов;
- сохранение документов четкими и легко идентифицируемыми;
- идентификацию и управление документами внешнего происхождения, их идентификацию и рассылку;
- своевременное изъятие из всех мест рассылки устаревших документов или организация их хранения с соответствующей идентификацией для справочных или иных целей;

27.2. Управлению подлежат документация, устанавливающая организацию, управление и многократно используемые правила, порядок, методы, нормы осуществления деятельности лаборатории: нормативные акты и документы, конструкторская и технологическая документация, международные, государственные, отраслевые, ведомственные стандарты и стандарты предприятия, документированные процедуры, инструкции, методики, организационно-распорядительная, финансово-экономическая документация, в том числе документация внешних организаций.

27.3. Анализ документов лаборатории осуществляется с целью установления пригодности этого документа к дальнейшему использованию.

27.4. В процессе действия системы качества в лаборатории проводится актуализация ее документов. Анализ и разработку, утверждение изменений в документах проводит Руководитель испытательной лаборатории (или сотрудник, ответственный за функционирование системы качества) минимально раз в год. Срок проведения может быть гораздо меньше, и он определяется ответственным за актуализацию СК.

27.5. Причиной пересмотра документов и внесения изменений служат:

- изменение состава или структуры лаборатории;
- изменение области аккредитации;
- применение нового оборудования, не внесенного в паспорт лаборатории;
- заключение новых договоров со сторонними организациями;
- результаты внешних и внутренних аудитов;
- предложения сотрудников лаборатории;
- рекламации Заказчика;
- прочие причины.



27.6. Внесение изменений в документы СК осуществляет ответственный за делопроизводство и архив после их утверждения руководством организации путем исправлений или заменой страницы документа.

27.7. Изменения в документы вносятся только после их анализа со стороны лиц, которые разрабатывали эти документы. При необходимости внесения изменений этим лицам обеспечивается доступ к исходной информации (компьютерным файлам) без возможности внесения изменений в конкретный документ. После анализа изменений со стороны этих лиц, на титульном листе документа ставится виза конкретного сотрудника, разрабатывавшего документ и дата.

27.8. Изменения вносятся в лист регистрации изменений Руководства по качеству, паспорта лаборатории и т.п., находящийся в каждом из этих документов. В них отражается номер, суть, причина изменения, число с которого вводится изменение.

27.9. При многочисленных изменениях и дополнениях (более 5) или по решению начальника лаборатории документы СК пересматриваются и утверждаются.

27.10. После внесения изменений на бумаге в обязательном порядке вносятся изменения в исходные документы, хранящиеся на электронных носителях (компьютерные файлы). Внесение изменений в файлы происходит в соответствии с п. 27.7.

27.11. При необходимости пересмотра и переутверждения документа, создается новый файл с наименованием аналогичным исходному, с обязательной пометкой в наименовании, указывающей на номер пересмотра.

#### **28. Обеспечение идентификации изменений и статуса пересмотра документов.**

28.1. Идентификация изменений в документации лаборатории происходит путем сравнения изменений в рабочих экземплярах документа с изменениями, внесенными в контрольный экземпляр (оригинал) документа.

28.2. Идентификация статуса пересмотра документов обеспечивается определением статуса самого документа и организации (структурного подразделения) внесшего изменения.

28.3. После получения уведомления о внесении изменений, ответственный сотрудник незамедлительно вносит необходимые изменения в соответствующие документы (контрольный экземпляр документа и рабочие экземпляры).

28.4. Изменения, внесенные в документы, регистрируются в листе регистрации.

#### **29. Обеспечение наличия соответствующих версий документов в местах их применения.**

29.1. Процедура управления документацией лаборатории гарантирует доступность официальных изданий документов на участках, где осуществляются основные испытания.

29.2. Наличие документации, необходимой при проведении испытаний в местах их проведения, обеспечивается применением рабочих копий официальных изданий, соответствующих документов.

29.3. Рабочие экземпляры, с внесенными в них изменениями, выдаются работникам лаборатории под роспись, специально уполномоченным сотрудником.

#### **30. Обеспечение сохранности документов четкими и легко идентифицируемыми.**

30.1. Не допускается наличие неучтенных или недействующих экземпляров документов (данных) на рабочих местах и использование их в деятельности лаборатории (за исключением соответствующим образом идентифицированных экземпляров, оставленных для юридических целей или сохранения знаний). Контроль над соблюдением этого требования осуществляет Руководитель испытательной лаборатории .

30.2. Устаревшая документация своевременно изымается специально уполномоченным



сотрудником лаборатории и уничтожается.

30.3. Документы Системы качества лаборатории подразделяются на:

- организационную документацию (ОД);
- организационно-методическую документацию (ОМД);
- документацию по персоналу (ДП);
- документацию по архиву (ДА);
- документация по охране труда, технике безопасности (ОТТБ)

Порядок идентификации документации системы качества приведен в Приложение 9.

### **31. Обеспечение идентификации документов внешнего происхождения и управление их рассылкой.**

31.1. Документы, поступающие в организацию, идентифицируются по признаку отношения конкретного документа к определенному структурному подразделению ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА», в соответствии с заявкой и передаются в это подразделение.

31.2. После поступления документа в лаборатории он регистрируется. Ответственность за обеспечение его сохранности несет Руководитель испытательной лаборатории .

31.3. Внешние документы, поступающие в лабораторию, идентифицируются по следующим признакам:

- разработчик;
- дата вступления в действие;
- действующая редакция;
- тип документа (ПБ, РД, ГОСТ или т.п.);
- область действия документа (отношение документа к определенному виду деятельности);
- шифр и наименование документа.

31.4. Выдача и возврат документов осуществляется по журналу ведения фонда НТД.

### **32. Предотвращение непреднамеренного использования устаревших документов и применение соответствующей идентификации таких документов, оставленных для каких-либо целей.**

32.1. При окончании срока действия документации она изымается из обращения.

32.2. Для предотвращения непреднамеренного использования устаревших документов перечень изъятой документации доводится до сведения персонала лаборатории.

32.3. В случае если тот или иной документ остается востребованным, для предотвращения непреднамеренного использования на титульном листе контрольного экземпляра ставится соответствующая отметка (например, «Устарел»), сам контрольный экземпляр направляется на архивное хранение, а рабочие экземпляры этого документа изымаются из обращения и уничтожаются.

32.4. Вся устаревшая документация лаборатории хранится отдельно от действующей.

### **33. Перечень подрядных организаций.**

ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА» не ведет работы с подрядными организациями.

### **34. Процедура рассмотрения апелляций, претензий, жалоб, спорных вопросов.**

34.1. Рекламации, претензии, жалобы поступающие от «Заказчиков» (сторонних организаций) регистрируются после чего направляются руководству и далее начальнику лаборатории. Для выяснения возникновения причин жалоб, претензий и разработке мероприятия по их устранению, из работников лаборатории и сотрудников организации создается комиссия в следующем рекомендуемом составе:

Испытательная лаборатория	Руководство по менеджменту	Лист №22 из 43
---------------------------	----------------------------	----------------



- Генеральный директор,
- Руководитель лаборатории,
- Специалист испытаний, имеющий уровень квалификации не ниже II уровня.

Комиссия имеет право организовывать рабочие подкомиссии для детального изучения отдельных вопросов по расследованию претензий. К виновным принимаются меры административного характера.

34.2. К основным причинам возникновения апелляций, претензий и жалоб, подтвержденных документально, относятся:

- нарушение требований Руководства по качеству и других документов системы качества организации;
- нарушение установленного порядка проведения исследований, контроля и /или испытаний;
- невыполнение требований «Заказчика»;
- неисправность испытательного оборудования и средств измерений;
- несвоевременная поверка испытательного оборудования и средств измерений;
- несоответствие условий проведения испытаний;
- несоответствие применяемого испытательного оборудования и средств измерений установленным требованиям;
- несвоевременное проведение проверки знаний персонала (аттестация);
- нарушение процедуры отбора проб и другие;
- несогласие одной из сторон с решением другой стороны или вышестоящей инстанции.

34.3. Рассмотрение апелляций (связанных с деятельностью организации) осуществляется в арбитражном суде.

34.4. Источниками выявления несоответствий могут быть:

- результаты внутренней и внешней проверок;
- результаты рассмотрения рекламаций, претензий, жалоб;
- результаты испытаний;
- информация о техническом состоянии испытательного оборудования и средств измерений;
- информация на несоответствие материалов;
- другие источники.

34.5. Руководитель испытательной лаборатории квалифицирует выявленное несоответствие по причинам возникновения и назначает ответственного специалиста или группу специалистов для проведения анализа причин появления несоответствия, выбора и принятия корректирующих действий, в зависимости от масштаба и опасности несоответствия. Ответственным за контроль выполнения корректирующих действий, приостановку и разрешение возобновить работу является Руководитель испытательной лаборатории

34.6. Испытания, проведенные с нарушением установленного порядка, должны быть повторены, если это возможно. Если повторное проведение испытаний невозможно, определяется степень влияния отклонения от нормального порядка на результаты испытаний и соответствующим образом это отражается в отчетной документации. При отклонениях от установленного порядка проведения испытаний не влияющих на достоверность результатов результаты считаются действительными. При отклонениях от установленного порядка проведения испытаний, влияющих на достоверность результатов, результаты считаются не действительными, испытания приостанавливаются до реализации корректирующих мероприятий. Оперативность принятия и реализации корректирующих мероприятий определяется каждым конкретным случаем руководством организации.



34.7. При установлении правильности произведенных НК и/или испытаний претензии к лаборатории снимаются. Податель претензии извещается об этом письменно, разбор по его рекламации продолжается уже в установленном порядке.

34.8. несоответствия, выявленные со стороны внешних контролирующих органов и внутренними подразделениями «оформителями несоответствий», оформляются и устраняются аналогично.

34.9. Копии претензий, планов корректирующих мероприятий, материалов, подтверждающих устранение несоответствий, и др., связанных с деятельностью лаборатории, хранятся в архиве лаборатории. Срок хранения устанавливается конкретно для каждого типа документов, порядок хранения осуществляется в соответствии с действующими инструкциями.

**35. Порядок внутреннего аудита деятельности лаборатории, порядок разработки плана корректирующих и предупреждающих мероприятий и организации их проведения.**

35.1. С целью контроля за выполнением регламентированных правил и процедур, а также с целью определения направлений совершенствования своей деятельности и выработке управляющих воздействий на внутреннюю систему качества, лаборатория проводит по графику внутренний аудит.

35.2. Начальником лаборатории составляется годовой план внутренних аудитов, которым предусмотрена проверка общего функционирования системы и отдельных ее элементов. В годовом плане произвольной формы указывается время проведения аудита, проверяемые элементы СК. Внутренний аудит каждого элемента системы качества осуществляется не реже одного раза в год специально назначенной комиссией.

35.3. При проведении внутреннего аудита выполняются следующие мероприятия:

- проверяется фактическое состояние дел по каждому элементу, подтверждаемое объективными доказательствами с использованием регистрационных журналов, заключений (протоколов), актов, планов и отчетов, протоколов совещаний и других подтверждающих документов;

- производится проверка эффективности корректирующих мероприятий системы качества с помощью наблюдений и опросов, сбора доказательств, установления несоответствий, внесения полученных данных в Акты внутренней проверки;

- особое внимание уделяется наличию утвержденных в соответствующем порядке методик, инструкций по всем процессам испытаний; правильности проведения испытаний в соответствии с этими методиками; правильности оформления результатов испытаний.

35.4. В дополнение к запланированным проверкам элементов системы качества могут проводиться внеплановые проверки в случае:

- поступления претензий Заказчика;
- выявления нарушений работы лаборатории, появления сомнений в правильности результатов измерений;
- для подтверждения эффективности корректирующих действий.

35.5. По результатам внутренних проверок проводят корректирующие действия по устранению недостатков на основании разработанных и утвержденных мероприятий по совершенствованию деятельности лаборатории. Руководитель испытательной лаборатории организует работу и осуществляет контроль за реализацией разработанных корректирующих действий и планом мероприятий по устранению несоответствий. О результатах и сроках выполнения несоответствий систематически информируется руководство организации.



**36. Процедура пересмотра системы менеджмента качества  
и анализа со стороны руководства.**

36.1. В процессе действия системы качества в лаборатории проводится актуализация ее документов. Анализ и разработку, утверждение изменений документов проводит Руководитель испытательной лаборатории минимально раз в год, как ответственный за функционирование системы качества. Срок проведения может быть гораздо меньше, и он определяется ответственным за актуализацию системы качества.

36.2. Причиной пересмотра документов и внесения изменений служат:

- изменение состава или структуры лаборатории;
- изменение области аккредитации лаборатории;
- применение нового оборудования, не внесенного в паспорт лаборатории;
- заключение новых договоров со сторонними организациями;
- результаты внешних и внутренних аудитов;
- предложения сотрудников лаборатории;
- рекламации «Заказчика»;
- прочие причины.

36.3. Процедуры по пересмотру системы качества принимает комиссия организации в рекомендуемом составе:

- Генеральный директор или другое лицо, определяющее техническую политику организации;
- Руководитель лаборатории;
- представители других структурных подразделений организации, влияющих на функционирование системы качества лаборатории.

36.4. Подготовку основания и материалов для пересмотра системы качества осуществляет Руководитель лаборатории.

36.5. Внесение изменений в документы системы качества осуществляет Руководитель испытательной лаборатории после их утверждения руководством предприятия путем исправлений или заменой страницы документа. Изменения вносятся в лист регистрации изменений Руководства по качеству, паспорта лаборатории и т.п., находящийся в каждом из этих документов. В них отражается номер, суть, причина изменения, число с которого вводится изменение.

36.6. Ежегодно со стороны руководства организации проводится анализ системы качества с целью обеспечения ее пригодности, эффективности и внедрения необходимых улучшений.

36.7. Входными данными от лаборатории для анализа со стороны руководства служат:

- результаты реализации политики в области качества;
- результаты аудитов;
- информация о выполнении мероприятий по результатам предыдущего анализа со стороны руководства;
- оценка выполнения предупреждающих и корректирующих действий, их результативность и эффективность;
- информация о степени достижения целей в области качества;
- предложения и рекомендации по улучшению системы качества со стороны персонала;
- анализ результативности процессов системы качества;
- данные о соответствии проведенных работ установленным требованиям.

36.8. Выходными данными анализа системы качества со стороны руководства являются:

- отчет о результативности работ лаборатории;
- отчет о функционировании системы качества;
- план мероприятий по улучшению деятельности лаборатории в рамках системы качества;
- план мероприятий по удовлетворению потребностей в ресурсах лаборатории.



**37. Процедура приостановки (прекращения) деятельности в случае приостановления (отмены) действия свидетельства об аккредитации.**

37.1. В случае установления нарушений условий аккредитации орган, проводивший оценку или инспекционный контроль, направляет в Комиссию по аккредитации обоснование необходимости приостановления действия или досрочной отмены аккредитации.

37.2. В случае приостановления (отмены) действия свидетельства об аккредитации лаборатории ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА» прекращает деятельность в области проведения испытаний.

37.3. Прекращение деятельности лаборатории также может быть вызвано следующими причинами:

- организационно-техническая готовность не соответствует требованиям, предъявляемым к испытательным лабораториям;

- изменение политики организации, направленное на отказ от деятельности испытаний разрушающими методами (отказ от деятельности);

- другие причины, устанавливающие невозможность дальнейшего продолжения деятельности в области НК и испытаний разрушающими методами.

37.4. После принятия решения о прекращении деятельности лаборатории организация расторгает договор с органом, аккредитовавшим лабораторию и возвращает Свидетельство об аккредитации и не делает больше заявлений о своей правомочности в качестве испытательной лаборатории.

37.5. При необходимости восстановления полномочий лаборатория заново проходит процедуру аккредитации в Единой системе оценки соответствия.

**38. Описание системы обеспечения беспристрастности и независимости при проведении испытаний.**

38.1. В лаборатории действует система обеспечения беспристрастности и независимости проведения испытаний.

38.2. В целях исключения отрицательного влияния на деятельность лаборатории со стороны подразделений ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА», заинтересованных в результатах испытаний, и гарантии независимости от этих подразделений, Руководитель испытательной лаборатории непосредственно подчинен Генеральному директору.

38.3. Структурная схема лаборатории (в составе организации) приведена в



**Приложение 1.** Количественный состав сотрудников лаборатории (согласно штатному расписанию) определяется объемами работ и может изменяться с течением времени.

38.4. Руководитель испытательной лаборатории имеет достаточно полномочий для обеспечения надлежащего контроля над деятельностью лаборатории, что оговорено в его должностной инструкции.

38.5. Сотрудники лаборатории несут персональную ответственность за качество проводимых работ, за беспристрастность, достоверность и объективность результатов испытаний согласно Положению о лаборатории и их должностных (трудовых, производственных) инструкций.

38.6. Сотрудники лаборатории обязаны письменно информировать руководителя лаборатории о фактах оказания на них давления с целью преднамеренного изменения результатов испытаний.

38.7. В случае преднамеренного изменения результатов испытаний к сотрудникам лаборатории применяются меры административного и материального воздействия.

38.8. Заработная плата сотрудников лаборатории не зависит от характера полученных ими результатов при проведении испытаний.

38.9. По указанию руководителя лаборатории может быть проведена выборочная перепроверка результатов испытаний. Объем выборочной проверки определяет Руководитель испытательной лаборатории в каждом конкретном случае.

### 39. Процедура соблюдения конфиденциальности.

39.1. Лаборатория обладает правом собственности на документацию, содержащую информацию и полученную в процессе проведения НК и/или испытаний (заключения, протоколы, отчеты и т.д.) и документацию, разработанную в лаборатории.

39.2. Лаборатория обеспечивает соблюдение конфиденциальности информации о результатах НК и/или испытаний, проведенных для «Заказчиков» следующими действиями:

- сотрудникам лаборатории не разрешается передача сторонним организациям (или физическим лицам) информации о характеристиках готовой продукции, представленной Заказчиком для контроля, о применяемых «Заказчиком» технологиях и любой другой информации, представляющей коммерческую тайну «Заказчика». Передача информации о результатах испытания продукции, принадлежащей Заказчикам, или ознакомление с ними других «Заказчиков» возможна только при согласии «Заказчика»;

- все сотрудники лаборатории письменно предупреждены о необходимости соблюдения конфиденциальности информации, полученной ими в процессе испытаний от «Заказчика», и об ответственности за разглашение этой информации или передачу ее сторонним лицам. Все сотрудники лаборатории, проводящие испытания или соприкасающиеся с их результатами, подписали заявление о соблюдении конфиденциальности информации (**Приложение 10**);

- с целью ограничения распространения информации и обеспечения соблюдения ее конфиденциальности, к ней допускаются только сотрудники лаборатории, непосредственно участвующие в проведении испытаний или оформляющие их результаты. Разрешение на получение информации другими сотрудниками лаборатории, не участвующими в проведении испытаний, может быть дано только руководителем лаборатории или руководством организации.

- помещения, в которых проводится контроль, оборудованы надежными замками, а в нерабочее время сдаются под охранную сигнализацию.

39.3. Правом беспрепятственного получения любой информации обладает только руководство лаборатории и организации.

39.4. Доступ посторонних лиц в помещения лаборатории, в которых проводятся испытания, ограничен. «Заказчик» может ознакомиться со структурой лаборатории, его системой качества и, при соответствующем разрешении руководителя лаборатории, посетить

Испытательная лаборатория	Руководство по менеджменту	Лист №27 из 43
---------------------------	----------------------------	----------------



лабораторию. При этом принимаются меры по обеспечению конфиденциальности информации о результатах испытаний, проведенных для других «Заказчиков».

39.5. В случае нарушения конфиденциальности информации сотрудники лаборатории подвергается административному и материальному наказанию. Каждый конкретный случай нарушения рассматривается руководителем лаборатории, который готовит предложение руководству организации о форме наказания (увольнение, полное или частичное лишение премий и доплат, перевод на нижеоплачиваемую должность и так далее), которое оформляется в принятом в организации порядке.

**40. Перечень подразделений лаборатории (специалистов)  
для рассылки Руководства по качеству.**

Все сотрудники лаборатории ознакомлены с содержанием руководства по менеджменту.  
В распоряжении лаборатории находится один экземпляр руководства по менеджменту.

**Разработал:**

Руководитель испытательной лаборатории /

(Должность)



(Подпись)

/ Соловьев Н.В.

(Ф.И.О.)

**Согласованно:**

Генеральный директор /

(Должность)

(Подпись)

/ Масленников А.Л.

(Ф.И.О.)



СТРУКТУРНАЯ СХЕМА ЛАБОРАТОРИИ РАЗРУШАЮЩЕГО КОНТРОЛЯ

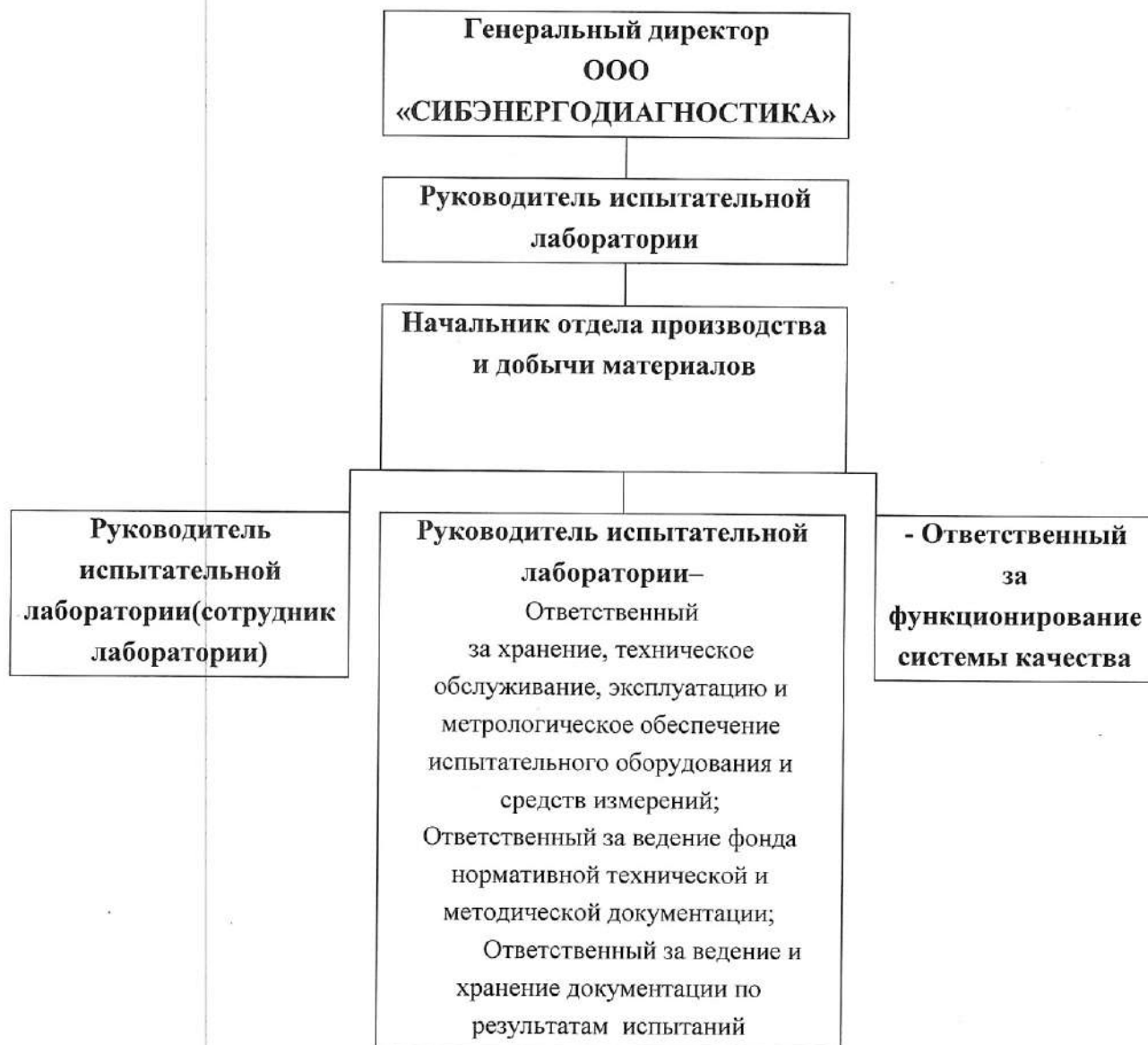


Рис. 1



« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.  
«СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА»

ООО

## Акт внутренней проверки № 1

Лаборатория разрушающего контроля

Объект аудита: ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА И ЕЕ РЕАЛИЗАЦИЯ

№ п/п	Контрольный вопрос	Ответ		Комментарии
		Да	Нет	
1.	Ознакомлены ли все сотрудники с политикой в области качества?			
2.	Вносились ли изменения в политику в области качества?			
3.	Проводится ли анализ эффективности путей реализации политики в области качества?			
4.	Следует ли лаборатория, ее руководство политике в области качества?			
5.	Гарантировано ли на разных уровнях предприятия понимание, реализация и учет политики качества лаборатории?			

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АУДИТА:

Деятельность лаборатории удовлетворяет (не удовлетворяет) установленным требованиям:

\_\_\_\_\_

Корректирующие мероприятия: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Необходимость повторного аудита: ДА / НЕТ \_\_\_\_\_

Аудиторы: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись

Ф.И.О

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись

Ф.И.О

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись

Ф.И.О



**Испытательная лаборатория**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
«СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА»

ООО

**Акт внутренней проверки № 2**

Лаборатория разрушающего контроля

Объект аудита: ПЕРСОНАЛ И СИСТЕМА ЕГО ПОДГОТОВКИ

№ п/п	Контрольный вопрос	Ответ		Комментарии
		Да	Нет	
1.	Определена ли в лаборатории ответственность за повышение квалификации персонала?			
2.	Есть ли план повышения квалификации специалистов			
3.	Ведется ли дело о повышении квалификации специалистов, достаточно ли в нем информация?			
4.	Имеют ли сотрудники лаборатории должностные инструкции? Ознакомлены ли они с ними?			
5.	Проводятся ли в лаборатории технические учебы? Фиксируется ли их проведение?			
6.	Имеют ли специалистов лаборатории квалификационные уровни согласно ПБ 03-440-02?			
7.	Вовремя ли проводится аттестация персонала лаборатории?			
8.	Достаточна ли фактическая квалификация в лаборатории производственным требованиям к контролю качества?			

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АУДИТА:**

Деятельность лаборатории удовлетворяет (не удовлетворяет) установленным требованиям:

Корректирующие мероприятия: \_\_\_\_\_

Необходимость повторного аудита: ДА / НЕТ \_\_\_\_\_

Аудиторы: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись

Ф.И.О

Подпись

Ф.И.О

Подпись

Ф.И.О

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.  
«СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА»

ООО

**Акт внутренней проверки № 3**

Лаборатория разрушающего контроля

Объект аудита: КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

№ п/п	Контрольный вопрос	Ответ		Комментарии
		Да	Нет	
1.	Оснащена ли лаборатория оборудованием, необходимым и достаточным для проведения работ в соответствии с областью аккредитации?			
2.	Используется ли для работы арендуемое оборудование? Есть ли на него эксплуатационные и поверочные документы? Исправно ли оно?			
3.	Ведется ли учет имеющегося оборудования?			
4.	Соответствует ли условия эксплуатации и хранения оборудования требованиям НД?			
5.	Соблюдается ли порядок выдачи и возврата оборудования при проведении работ?			
6.	Были ли в лаборатории случаи нарушения правил эксплуатации оборудования? Были ли приняты			
7.	Проводится ли анализ причин выхода оборудования из строя? Фиксируются ли эти данные?			
8.	Есть ли в лаборатории планы-графики проведения ТО и поверки? Соблюдается ли они?			

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АУДИТА:**

Деятельность лаборатории удовлетворяет (не удовлетворяет) установленным требованиям:

Корректирующие мероприятия: \_\_\_\_\_

Необходимость повторного аудита: ДА / НЕТ \_\_\_\_\_

Аудиторы: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись Ф.И.О

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись Ф.И.О

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись Ф.И.О



Форма квалификационной карточки сотрудника лаборатории

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Место работы, занимаемая должность, рабочий телефон \_\_\_\_\_

3. Образование, квалификация, специальность по образованию \_\_\_\_\_

4. Ученая степень, ученое звание \_\_\_\_\_

5. Стаж работы в области специализации \_\_\_\_\_

6. Сведения о прохождении специальной подготовки и аттестации

Дата	Организация, город	Специализация	№ удостоверения/ свидетельства

7. Участие в конгрессах, конференциях и семинарах

Дата	Место проведения	Тематика	Тема доклада

8. Сведения о повышении квалификации

Дата	Место проведения	Тематика

Подпись руководителя ЛРИ

\_\_\_\_\_

Подпись сотрудника ЛРИ

\_\_\_\_\_

Форма графика повышения квалификации сотрудников лаборатории

**УТВЕРЖДАЮ:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

*М.П.*

**График повышения квалификации сотрудников лаборатории**

<i>№ п/п</i>	<b>Фамилия, И.О. (должность)</b>	<b>Образовани е, стаж работы по контролю</b>	<b>№ удостоверени я, дата аттестации</b>	<b>Методы испытани й, уровень</b>	<b>Дата следующ ей аттестаци и</b>	<b>Повышение квалификации</b>
<i>1</i>						
<i>2</i>						
<i>3</i>						
<i>4</i>						
<i>5</i>						
<i>6</i>						

Руководитель испытательной лаборатории \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
 Подпись Ф.И.О.



**Форма регистрационного документа на оборудование**

<u>Лаборатория разрушающего контроля</u>		<b>ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА»</b>	
<b>Наименование (шифр) оборудования</b>		<b>Регистрационный документ</b>	<b>Учётный лист №</b>
<b>1.</b>	<b>Страна, завод изготовитель</b>		
<b>2.</b>	<b>Заводской №</b>		
<b>3.</b>	<b>Инвентарный №</b>		
<b>4.</b>	<b>Год выпуска</b>		
<b>5.</b>	<b>Дата получения и ввода в эксплуатацию</b>		
<b>6.</b>	<b>Местонахождение паспорта или руководства по эксплуатации (методических указаний по поверке) (если они входят в комплект поставки)</b>		
<b>7.</b>	<b>Перечень комплекта поставки (если он не входит в состав других документов)</b>		
<b>Данные о поверке (аттестации, калибровке)</b>			
<b>№ п/п</b>	<b>№ свидетельства</b>	<b>Дата поверки</b>	<b>Дата очередной поверки</b>
<b>Данные о техническом обслуживании, ремонте</b>			

**Испытательная лаборатория**

<b>№ п/п</b>	<b>Дата проведения обслуживания, ремонта (краткая характеристика проведённых работ)</b>	<b>Отметка о техническом состоянии (И, К)</b>



АКТ № \_\_\_\_\_  
консервации средств испытаний

г. Новосибирск

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

Мы, нижеподписавшиеся, Генеральный директор ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА» \_\_\_\_\_, Руководитель испытательной лаборатории \_\_\_\_\_, специалист \_\_\_\_\_ составили настоящий акт о том, что произведена консервация \_\_\_\_\_

зав. № \_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями ТУ (паспорта оборудования) о чем сделана отметка в паспорте лаборатории и учетном листе (регистрационном документе). Оборудование выведено из эксплуатации и передано на хранение.

Подписи:

Генеральный директор ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА»  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Руководитель испытательной лаборатории  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Специалист лаборатории \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

АКТ № \_\_\_\_\_

**ввода в эксплуатацию средств испытаний**

г. Новосибирск

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 г.

Мы, нижеподписавшиеся, Генеральный директор ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА» \_\_\_\_\_, Руководитель испытательной лаборатории \_\_\_\_\_, специалист \_\_\_\_\_ составили настоящий акт о том, что произведена проверка работоспособности (настройка рабочих параметров) \_\_\_\_\_ зав. № \_\_\_\_\_. Оборудование признано работоспособным и введено в эксплуатацию, о чем сделана отметка в паспорте лаборатории и учетном листе.

Подписи:

Генеральный директор ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА»

Начальник лабораторией

Специалист лаборатории



Форма графика поверки и технического обслуживания оборудования

УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200... г.

М.П.

График поверки и технического обслуживания оборудования

№ п./п.	Наименование (тип)	Зав. № (инв. №)	Месяц. интервал	Срок очередной поверки и технического обслуживания												
				Янв.	Февр.	Март	Апр.	Май	Июнь	Июль	Авг.	Сен.	Окт.	Нояб.	Дек.	
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																

Руководитель испытательной лаборатории

\_\_\_\_\_  
 Подпись

\_\_\_\_\_  
 Ф.И.О.

**Форма журнала регистрации результатов испытаний**

№ п/п	Объект испытаний (наимен., шифр, № и т.п.)	Виды (методы) испытаний	Объем испытаний, %	Средства испытаний и испытательное оборудование	Условия испытаний	Место проведение испытаний	Ф.И.О., проводившего испытания и выдавшего заключение	Дата проведения испытаний	Подпись специалиста, проводившего испытания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
4									

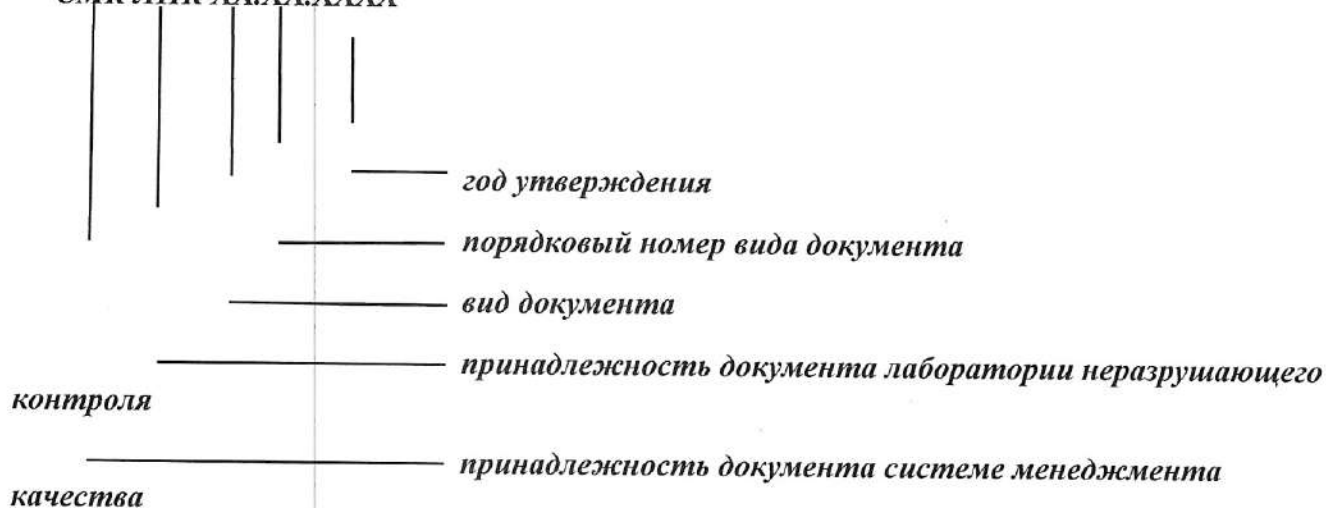
*Примечание – графу 3 допускается исключить, если журнал заведен на конкретный вид (метод) испытаний.*



**Порядок идентификации документации системы качества.**

*Каждому документу системы качества присвоен следующий идентификационный номер.*

**СМК ЛНК ХХ.ХХ.ХХХХ**



Вид документа	Индекс документа
Организационный документ	ОД
Организационно-методический документ	ОМД
Документация по персоналу	ДП
Документация по архиву	ДА
Документация по охране труда, технике безопасности	ОТТБ

**Форма заявления сотрудников лаборатории  
ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА» о соблюдении  
конфиденциальности информации о результатах испытаний**

Сотрудники лаборатории, выполняя обязанности по проведению испытаний подписывая данное заявление, обязуются соблюдать конфиденциальность информации о результатах испытаний, проведенных для «Заказчиков» ООО «СИБЭНЕРГОДИАГНОСТИКА», а также передавать такую информацию только по решению начальника лаборатории:

	Должность	Подпись	Ф.И.О.
1			
2			
3			
4			
5			
6			





**ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ**  
с Руководством по менеджменту и Политикой в области качества

Настоящим подтверждаем, что ознакомлены с Политикой в области качества и Руководством по менеджменту. Обязуемся соблюдать Политику в области качества, и осведомлены о последствиях, вызванных невыполнением требований, установленных в документации системы качества.

Должность	Фамилия, инициалы	Дата	Подпись