Instytut Maszyn Przepływowych
im. Roberta Szewalskiego
Polskiej Akademii Nauk
Gdańsk, Fiszera 14

Księga Zarządzania Jakością
Obejmująca zakresem:
badania prowadzone w Zakładzie Termoaerodynamiki ,
i Zakładzie Wymiany Ciepła, projektowanie związane z energetyką wodną
realizowane w Zakładzie Hydroenergetyki
oraz komórki IMP PAN będące pod nadzorem systemu jakości

Opracował	mgr inż. Adam Henke Specjalista ds. Systemu Jakości	data	podpis
		16.10.2026	
Zatwierdził	dr hab. Marcin Lackowski Profesor IMP PAN Dyrektor IMP PAN	data	podpis
		16.10.2026	

Księga zawiera 18 stron- bez załączników

Spis treści

		Str.
1	Prezentacja Instytutu Maszyn Przepływowych im. Roberta Szewalskiego Polskiej Akademii Nauk	4
2	Kontekst Organizacji	4
3	Korzystanie z Księgi Zarządzania Jakością	5
	3.1. Cel i zakres stosowania	5
	3.2. Wdrożenie i użytkowanie	5
4	System zarządzania jakością pomiarów na stoiskach badawczych i prac projektowych w IMP PAN	6
	4.1. Polityka jakości	6
	4.2. Zakres systemu jakości	6
	4.3. Uwzględnianie ryzyka w procesach	8
5	Odpowiedzialność i zaangażowanie Dyrekcji IMP PAN	8
6	Cele i planowanie polityki jakości	9
	6.1. Cele polityki jakości	9
	6.2. Planowanie osiągnięcia celów jakości	9
	6.3. Komunikacja z klientem	9
7	Przedstawiciel kierownictwa	10
8	Przegląd zarządzania	10
9	Mapa procesów w IMP PAN	10
10	Proces pozyskiwania środków finansowych	12
	10.1. Środki uzyskane z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego	12
	10.2. Środki uzyskane z projektów badawczych	12
	10.3. Środki uzyskane z umów z innymi podmiotami gospodarczymi	12
11	Planowanie	13
	11.1. Planowanie tematów działalności statutowej	13
	11.2. Planowanie udziału w projektach badawczych	13
	11.3. Planowanie działań inwestycyjnych	13
12	Realizacja usług badawczych oraz usług projektowych	13
	12.1. Podstawa realizacji usług badawczych lub projektowych	13
	12.2. Realizacja usługi badawczej	13
	12.3. Realizacja usługi projektowej	14
	12.4. Efekty finalne prac badawczych i projektowych	15
13	Nadzorowanie wyposażenia pomiarowego	15
14	Zakupy	15
15	Monitorowanie, pomiary, analiza i doskonalenie	15
	15.1. Monitorowanie i pomiary	16
	15.2. Analiza i doskonalenie	16
	15.3. Nadzór nad usługą niezgodną z wymaganiami	17
16	Zarządzanie zasobami	17
	16.1. Zasoby materiałowe	17
	16.2. Zasoby ludzkie	17
17	Nadzór nad udokumentowanymi informacjami	18
	Załącznik 1 –spis procedur i procedury według spisu	
	Załącznik 2- Wykaz stoisk badawczych pod nadzorem Systemu Jakości IMP PAN	

1. Prezentacja Instytutu Maszyn Przepływowych im. Roberta Szewalskiego Polskiej Akademii Nauk

Instytut Maszyn Przepływowych im. Roberta Szewalskiego Polskiej Akademii Nauk (IMP PAN) został powołany uchwałą nr 53/56 przez Sekretariat Naukowy Prezydium PAN jako samodzielna placówka PAN Prezydium Rządu uchwała nr 427/56 zatwierdziło w/w uchwałę Prezydium PAN, nadało Instytutowi osobowość prawną i jako siedzibę określono miasto Gdańsk. IMP PAN szybko stał się największą placówką naukową PAN w północnej części Polski. W Instytucie pracowało wielu znamienitych uczonych i wybitnych inżynierów, wykształciły się unikalne specjalności naukowe, zbudowano własną siedzibę z szeregiem unikalnych laboratoriów. Instytut posiada uprawnienia do nadawania stopni doktora i doktora habilitowanego nauk inżynieryjno-technicznych w dyscyplinie inżynieria mechaniczna. budowa i eksploatacja maszyn i mechanika.

Obecnie Instytut zatrudnia 207 pracowników, z czego około 70 stanowi kadra naukowa.

Współczesne wyzwania przed jakimi stoi Instytut wynikają z jednej strony z konieczności prowadzenia badań poznawczych na wysokim poziomie, czego wynikiem są publikacje w renomowanych czasopismach światowych, a z drugiej strony z konieczności współpracy z przemysłem, czego konsekwencją jest udział w dużych projektach i prowadzenie badań utylitarnych.

Instytut ma ugruntowaną pozycję naukową w kraju i za granicą w zakresie aerodynamiki, SHM (Materiały inteligentne – monitorowanie stanu), techniki laserowej oraz aerosprężystości.

Instytut swoją markę zawdzięcza jednak pozycji w energetyce. W ostatnich latach wystąpiło silne zaangażowanie w szeroko pojętej ekoenergetyce. Intensyfikacja wysiłku kadry doprowadziła do spektakularnych sukcesów w tej dziedzinie. Instytut dysponując unikalnym zapleczem laboratoryjnym, a także koordynując największe wysokobudżetowe projekty stał się niekwestionowanym liderem w kraju w zakresie małoskalowej i rozproszonej energetyki.

Ewaluacja jakości działalności naukowej w IMP PAN obejmuje obecnie dwie dziedziny:

1) Inżynieria Mechaniczna (kat. A+)
2) Inżynieria środowiska, górnictwo i energetyka (kat.A)

2. Kontekst Organizacji

IMP PAN jest placówką naukową o profilu technicznym, z czego wynika następujące spectrum elementów kontekstu:

Elementy zewnętrzne:

- obowiązujące prawo w aspekcie ogólnym i finansowym
- reguły przyznawania stopni naukowych
- zakres ewaluacji jakości działalności naukowej
- eguły konkursów przyznawania środków finansowych na projekty badawcze organizowane przez Narodowe Centrum Nauki, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju oraz inne podmioty finansujące badania naukowe
- znajomość potencjału innych jednostek naukowych, z którymi można wchodzić w konsorcja badawcze
- znajomość potencjału firm, zwłaszcza z branży energetycznej, ewentualnymi zleceniodawcami lub współwykonawcami projektów badawczo – rozwojowych.

- rozeznanie rynku na świadczone usługi badawcze i projektowe oraz ekspertyzy
- znajomość trendów w zmianach zasad finansowania badań naukowych
- znajomość trendów w zmianach zasad funkcjonowania potencjalnych klientów z przemysłu
- sytuacja pandemiczna oraz sytuacja międzynarodowa

Elementy wewnętrzne:
- misja Instytutu – realizacja ustalonego programu badań naukowych
- strategia prowadzenia działalności
- zasoby kadrowe – racjonalne wykorzystywanie potencjału
- laboratoria i wyposażenie aparaturowe
- sprzęt komputerowy i oprogramowanie
- struktura organizacyjna Instytutu
- procesy realizowane w Instytucie
- wewnętrzne regulaminy, procedury, zarządzenia Dyrekcji, zakres Systemu Jakości
- system przesyłu informacji do pracowników
- seminaria i konferencje naukowe

3. Korzystanie z Księgi Zarządzania Jakością

3.1. Cel i zakres stosowania

Niniejsza Księga Zarządzania Jakością jest podstawowym dokumentem Systemu Jakości IMP PAN. Służy ona do prezentacji Systemu Jakości IMP PAN pracownikom Instytutu oraz każdemu klientowi, który zechce się z nim zapoznać. Księga ta
- Określa zakres systemu zarządzania jakością
- Omawia wyłączenia oraz podaje ich uzasadnienie.
- Podaje opis wzajemnego oddziaływania między procesami systemu zarządzania jakością.
- Powołuje się na udokumentowane procedury ustanowione dla systemu zarządzania jakością.

Księga jakości stanowi:
- podstawę do realizacji auditów wewnętrznych i zewnętrznych oraz szkolenia pracowników i kadry kierowniczej;
- punkt odniesienia w przypadku wystąpienia niejasności i różnicy zdań.

3.2. Wdrożenie i użytkowanie

Przy sporządzaniu niniejszej Księgi Zarządzania Jakością skorzystano z norm serii ISO 9000. Ustalono, że dokumentacja będzie prowadzona w odniesieniu do normy nr: ISO 9001:2015.
Księga Zarządzania Jakością znajduje się pod kontrolą Specjalisty do spraw Systemu Jakości, który w razie potrzeby dokonuje w niej niezbędnych zmian, dostosowując dokument do nowych wymagań. Wprowadzone zmiany zostają zatwierdzane przez kierownictwo Instytutu. Księga Zarządzania Jakością jest systematycznie, minimum raz w roku, przeglądana i w razie konieczności aktualizowana i publikowana w nowej wersji.

4. System zarządzania jakością pomiarów na stoiskach badawczych i prac projektowych w IMP PAN

Przedstawiony w niniejszym dokumencie system zarządzania jakością dotyczy pomiarów przeprowadzanych na stoiskach badawczych IMP PAN, które spełniają przyjęte kryteria jakościowe i znajdują się w wykazie stoisk przyjętych pod nadzór systemu jakości zgodnego z ISO 9001:2015 Zgłoszenie stoisk badawczych, przez Kierowników Zakładów Naukowych, pod nadzór systemu jest dobrowolne. Z chwilą przyjęcia stoiska pod nadzór systemu jakości IMP PAN wszystkie ustalenia tego systemu stają się wiążące dla, związanych z danym stoiskiem, pracowników Zakładu.
System ten obejmuje również swoim zakresem prace projektowe związane z energetyką wodną prowadzone w Zakładzie Hydroenergetyki IMP PAN.
System jakości został opracowany dla IMP PAN i jest udokumentowany w Księdze Zarządzania Jakością. Posiada on certyfikat wystawiony przez Polski Rejestr Statków Biuro Certyfikacji o adresie: 80-416 Gdańsk, ul. Gen. Józefa Hallera 126.

4.1. Polityka jakości

Misją Instytutu Maszyn Przepływowych Polskiej Akademii Nauk jest prowadzenie badań naukowych, podstawowych i stosowanych, w dziedzinie podstaw działania, projektowania, budowy i rozwoju maszyn i urządzeń służących do konwersji energii w przepływach, przekazywanie wyników tych prac do praktyki, oraz kształcenie pracowników naukowych i specjalistów o szczególnych kwalifikacjach. Polityka IMP PAN odnośnie jakości świadczonych usług wykonywanych na zlecenie klienta nakierowana jest na optymalne zaspokojenie jego oczekiwań.
*Za usługi wykonywane na rzecz **klienta wewnętrznego** uważa się prace, zlecane przez kierownictwo IMP PAN, finansowane z funduszu statutowego lub środków własnych IMP PAN.*
*Za usługi wykonywane na rzecz **klienta zewnętrznego** uważa się prace prowadzone:*
w ramach projektów badawczych finansowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Narodowe Centrum Nauki, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, Unię Europejską oraz w ramach umów z innymi instytucjami i podmiotami gospodarczymi krajowymi i zagranicznymi
Niezaprzeczalnym atutem IMP PAN jest jego wysoko kwalifikowana kadra realizatorów usług, którzy są w stanie wykazać nieprzeciętną inicjatywę oraz inwencję by wykonana przez nich usługa była wykonana według najwyższych standardów jakościowych. Kierownictwo Instytutu dąży by polityka jakości Instytutu była rozumiana przez wszystkich pracowników związanych z realizacją usług oraz by orientowali się oni jaka przypadła im rola w systemie jakości. Kierownictwo Instytutu zobowiązuje się do ciągłego doskonalenia systemu zarządzania jakością.

4.2. Zakres systemu jakości

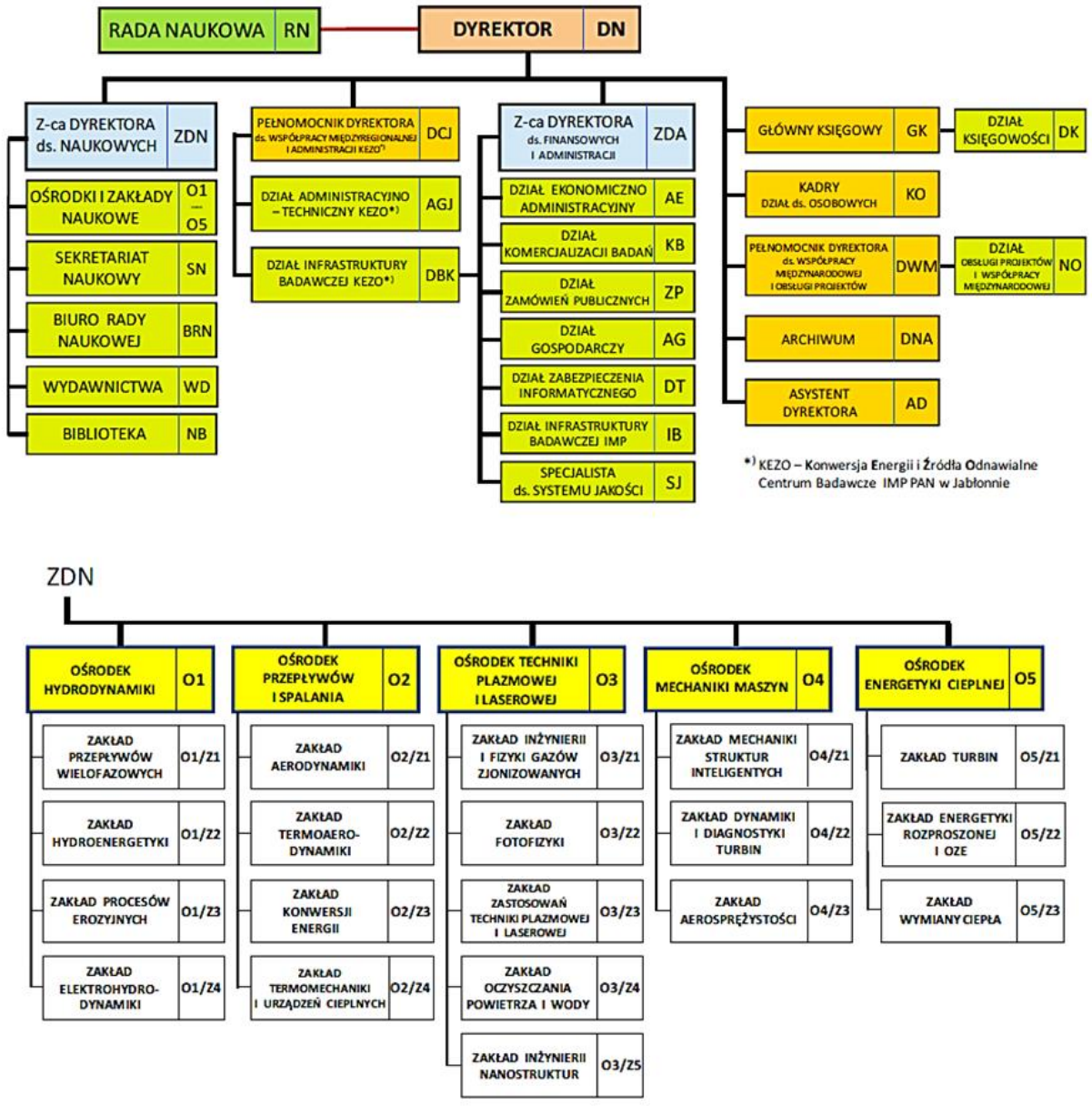
Zakres systemu jakości IMP PAN obejmuje ścisłym nadzorem wydzielony fragment działalności Instytutu (patrz Schemat Organizacyjny IMP PAN przedstawiony na rysunku 1):

- badania naukowe prowadzone w Zakładzie Wymiany Ciepła Ośrodka 5 (O5/Z3).
- badania naukowe prowadzone w Zakładzie Termoaerodynamiki (dawniej Aerodynamiki Eksperymentalnej) Ośrodka 2 (O2/Z2).
- prace projektowe związane z energetyką wodną realizowane w Zakładzie Hydroenergetyki Ośrodka 1 (O1/Z2),

a także ściśle związane postępowania działów administracji Instytutu:

- NO - Dział obsługi projektów i współpracy międzynarodowej
- KO – Kadry –Dział do spraw osobowych
- DNA –Archiwum
- SJ – Specjalista do spraw Systemu Jakości

Wybrane elementy nadzoru zgodności z systemem jakości dotyczą również pozostałych jednostek organizacyjnych IMP PAN, nie będących pod ścisłym nadzorem Systemu Jakości.



Rysunek 1. Schemat organizacyjny IMP PAN

4.3. Uwzględnianie ryzyka w procesach

Zgodnie z zaleceniami normy ISO 9001:2015, Dyrekcja Instytutu identyfikuje i analizuje ryzyka związane z działalnością placówki. Sporządzany coroczny rejestr ryzyk obejmuje takie aspekty jak:

- Utrata płynności finansowej wskutek tego, że znacząca część projektów przyznawana jest na zasadzie refundacji.
- Posiadana aparatura badawcza może nie sprostać wymaganiom nowoczesnych kierunków badań.
- Legislacyjne zmiany dotyczące rozliczeń europejskich i krajowych projektów badawczych. Brak precyzyjnych przepisów.
- Terminowość i wymagana jakość wykonywania prac badawczych.
- Kategoryzacja placówek naukowych.
- Realizacja zakupów. Uchybienia w polityce przetargowej mogą generować straty finansowe.
- Bezpieczeństwo i higiena pracy
- Zabezpieczenie przeciwpożarowe i od innych klęsk żywiołowych
- Utrzymanie Systemu Jakości ISO.
- Monitorowanie realizacji celów polityki jakości
- Spadek liczby realizowanych prac badawczych

Na podstawie przeprowadzanych analiz poszczególnych ryzyk określa się metodologię postępowania, Dyrekcja wyznacza osoby odpowiedzialne za monitorowanie zagrożeń i za działania w celu ich zminimalizowania lub wyeliminowania.

5. Odpowiedzialność i zaangażowanie Dyrekcji IMP PAN

Wprowadzając 20.12.2002 r. System Zarządzania Jakością, Dyrekcja IMP PAN przyjęła odpowiedzialność za jego funkcjonowanie mające na celu podniesienie standardu wykonywanych w jednostce prac badawczych i projektowych, uzyskanie rezultatów badań na poziomie gwarantującym wysoką pozycję Instytutu w rankingu placówek naukowych oraz uzyskanie rezultatów w dziedzinie współpracy z przemysłem na poziomie gwarantującym satysfakcję klienta zewnętrznego.

Dyrekcja IMP PAN odpowiada za:

- ustanowienie polityki oraz celów jakości
- zapewnienie, że ustalone są cele polityki jakości
- nadzór nad efektywnością Systemu Zarządzania Jakością
- przeprowadzanie rocznych przeglądów zarządzania
- zapewnienie zasobów do realizacji zadań

Dyrekcja IMP PAN jest zaangażowana w rozwijanie, wdrażanie, działanie i doskonalenie Systemu Zarządzania Jakością poprzez:

- komunikowania w IMP PAN znaczenia wymagań klienta oraz wymagań prawnych

- monitorowanie procesów i ocenę ich rezultatów
- wprowadzanie zmian organizacyjnych mających na celu lepsze wykorzystanie potencjału badawczego placówki
- działania organizacyjne i motywacyjne mające na celu doskonalenie się pracowników
- wspieranie osób przyczyniających się do osiągnięcia skuteczności systemu zarządzania jakością

6. Cele i planowanie polityki jakości

6.1. Cele polityki jakości.

Nadrzędne cele systemu zarządzania jakością stanowią:

1. Utrzymanie wiodącej pozycji IMP PAN w kategoryzacji placówek naukowo - badawczych
2. Pozyskiwanie zamówień oraz środków finansowych na usługi badawcze i projektowe
3. Świadczenie usług badawczych i projektowych na najwyższym poziomie w celu zadowolenia klienta
4. Zdobywanie stopni i tytułów naukowych
5. Podnoszenia kwalifikacji załogi oraz jej zaangażowania w realizację podjętych prac
6. Zapewnienie zadowolenia załogi przez zapewnienie godziwych zarobków oraz poczucia satysfakcji z dobrze wykonanej pracy
7. Ciągle doskonalenie usług przez dokonywanie pomiarów i analiz ich efektów i dalszej możliwości poprawy
8. Utrzymywanie pozytywnych relacji i powiązań z klientami i dostawcami.

W oparciu o nadrzędne cele, Dyrekcja IMP PAN corocznie definiuje mierzalne cele szczegółowe do osiągniecia w danym roku.

6.2. Planowanie osiągnięcia celów jakości.

System Zarządzania Jakością podlega procesowi planowania, mającego na celu jego doskonalenie. Wyznacza się realistyczne cele, możliwe do osiągnięcia. Bazuje się na dotychczasowych osiągnięciach, analizuje się przyczyny ewentualnych niedociągnięć i przeprowadza się działania doskonalające. Przy planowaniu przeprowadza się analizę ryzyk i zwraca się dużą uwagę na monitoring działalności.
Dokumentacja SZJ jest analizowana i aktualizowana. Zasadniczym punktem, w którym ma miejsce planowanie SZJ jest przegląd zarządzania, podczas którego następuje kompleksowa ocena i wskazanie kierunków dalszego jego rozwoju. W IMP PAN przy planowaniu uwzględnia się potrzeby klientów i politykę zasobami. Wszystkie zmiany w SZJ są rozpatrywane przez Dyrekcję i wdrażane w sposób niewpływający negatywnie na integralność i efektywność Systemu Zarządzania Jakością.

6.3. Komunikacja z klientem

Dział NO utrzymuje bezpośredni kontakt z instytucjami przyznającymi środki na projekty badawcze (granty). Pracownicy są informowani o ogłaszanych konkursach na projekty badawcze.
W IMP organizowane są konferencje naukowe, pracownicy Instytutu biorą również udział w konferencjach organizowanych przez inne podmioty. Udział w tych konferencjach pozwala na

zapoznanie się z potencjałem naukowym innych placówek badawczych, a nawiązane kontakty pozwalają na wspólne występowanie (konsorcja) o projekty badawcze.
IMP przywiązuje dużą wagę do współpracy z przemysłem. Na stronie internetowej IMP przedstawiono ofertę wszystkich Ośrodków na współpracę z przemysłem. Efektem współpracy z przemysłem są umowy o współpracy ramowej podpisane z koncernami energetycznymi i innymi podmiotami gospodarczymi.
Duże znaczenie mają publikacje pracowników IMP PAN w czasopismach naukowych i popularno – naukowych. Pozwalają one na przedstawienie osiągnięć i możliwości współpracy potencjalnym klientom.

7. Przedstawiciel kierownictwa

Kierownictwo IMP PAN ustanowiło swoim pełnomocnikiem Specjalistę do spraw Systemu Jakości (SJ) i powierzyło SJ odpowiedzialność i uprawnienia potrzebne do nadzoru nad harmonijnym ustanawianiem wdrożeniem i doskonaleniem Systemu Jakości Instytutu spełnieniem wymagań przepisów i normy ISO 9001:2015.

Do obowiązków SJ należy w szczególności:

- przedstawianie Dyrekcji sprawozdań z bieżącego funkcjonowania SZJ
- przedstawianie Dyrekcji sugestii dotyczących doskonaleniu systemu
- planowanie i nadzorowanie auditów wewnętrznych
- nadzór nad działaniami związanymi z doskonaleniem systemu
- realizowanie innych obowiązków i uprawnień niezbędnych do wykonania zadań określonych SZJ

Wszyscy pracownicy IMP PAN, do których SJ wystąpi w sprawach Systemu Jakości, zobowiązani są do udzielenia mu niezbędnej pomocy.

8. Przegląd zarządzania

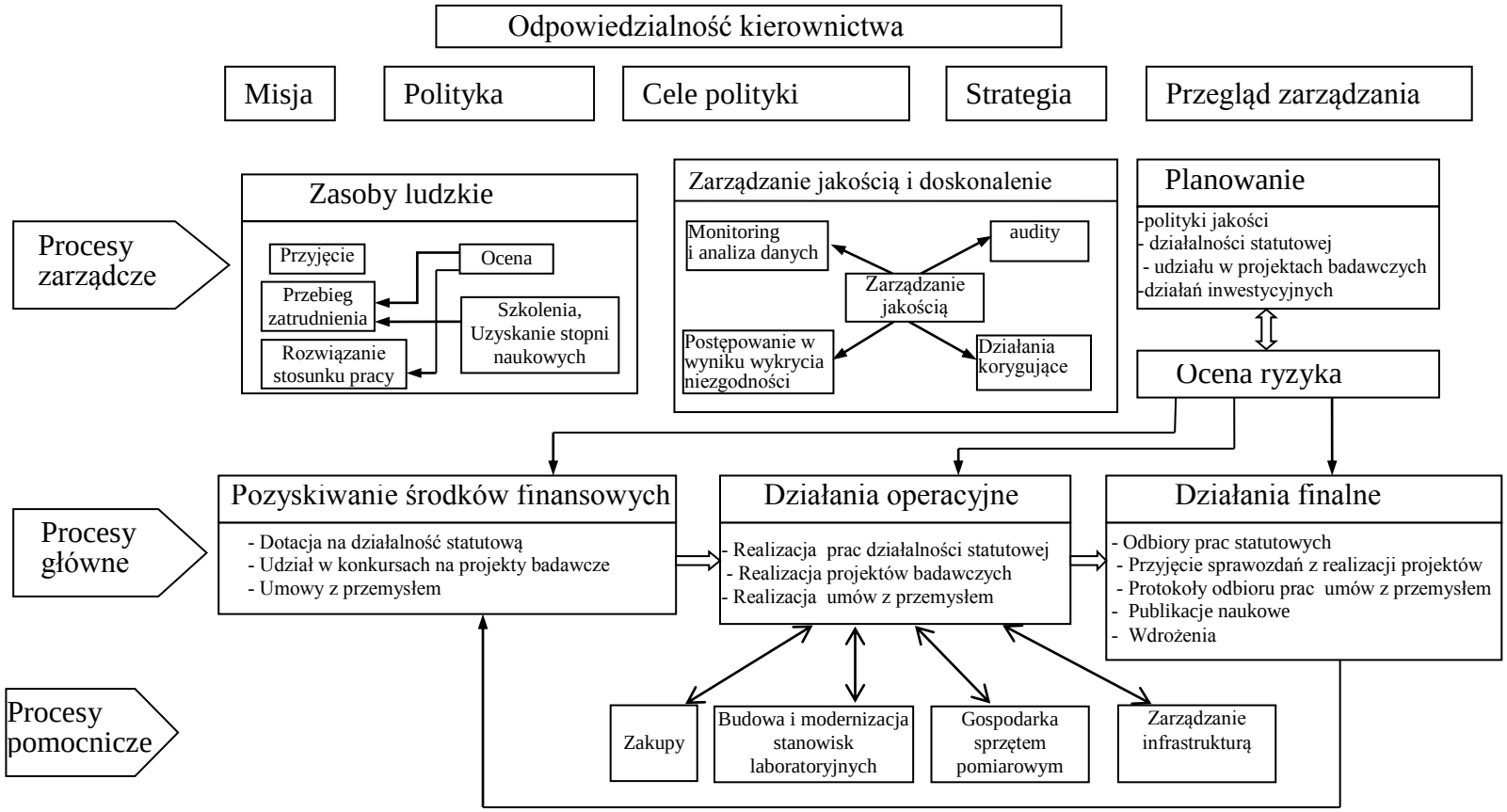
Dyrekcja raz w roku dokonuje przeglądu zarządzania poszczególnych elementów systemu zarządzania jakością.
Danymi wyjściowymi do przeglądu są:

- sprawozdanie SJ dotyczące funkcjonowania systemu jakości w IMP PAN, opracowane głównie w oparciu o rezultaty auditów wewnętrznych i zewnętrznego.
- wyniki Komisji Odbioru Prac Działalności Statutowej
- rezultaty systemu punktowego oceny osiągnięć pracowników naukowych,
- dane dotyczące realizowanych prac badawczych i umów z przemysłem
- realizacja założonych celów
- analiza ryzyk
- wpływ aktualnego kontekstu zewnętrznego na działalność Instytutu.

Rezultaty tego przeglądu służą do podjęcia decyzji i działań mających na celu doskonalenie poszczególnych aspektów funkcjonowania systemu zarządzania jakością oraz realizacji usług badawczych i projektowych.

9. Mapa procesów w IMP PAN.

Mapę procesów funkcjonujących w IMP PAN przedstawiono na rysunku 2.



Rysunek 2. Mapa procesów w IMP PAN

10. Proces pozyskiwania środków finansowych

10.1. Środki uzyskane z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Głównym źródłem finansowania Instytutu jest dotacja przyznawana przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawową działalność statutową. Wielkość przyznawanych środków na działalność statutową zależy w dużej mierze od pozycji Instytutu w rankingu placówek naukowych i od uzyskanej na tej podstawie kategorii.
Wszelkie procedury dotyczące przyznawania i rozliczania wyżej wymienionych środków przedstawione są w rozporządzeniach Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.
Podstawowym mierzalnym kryterium stosowanym przy kategoryzacji placówek naukowych jest ilość punktów uzyskanych za publikacje w czasopismach znajdujących się w wykazie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Oceny skuteczności działania systemu zarządzania w tym zakresie dokonywać należy na podstawie ilości uzyskanych stopni i tytułów naukowych, publikacji w znaczących czasopismach naukowych, monografii, referatów na konferencjach, recenzji prac naukowych, ekspertyz i opinii, działalności dydaktycznej, uzyskanych patentów oraz wdrożeń wyników badań. Ocena merytoryczna wyników badań w działalności statutowej dokonywana jest na corocznej Komisji Odbioru Prac.

10.2. Środki uzyskane z projektów badawczych

Proces pozyskiwania środków finansowych tą drogą jest określony procedurami określonymi przez dysponenta tych środków. Instytut pozyskuje środki finansowe w konkursach organizowanych przez Narodowe Centrum Nauki, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju oraz Unię Europejską W celu uzyskania środków z Unii Europejskiej, Instytut wspólnie z innymi placówkami naukowymi, samorządami terytorialnymi oraz podmiotami gospodarczymi przystępuję do różnych konsorcjów badawczych i projektów klastrowych, co znacząco powiększa szansę na pozyskanie i realizację projektów badawczo – wdrożeniowych. Szczegółowe zasady działania takich instytucji przedstawione są w ich statutach i umowach o powołaniu takich jednostek.
W dziale NO są dostępne wszystkie informacje dotyczące procedury składania wniosków o wyżej wymieniony projekty, pracownicy i zainteresowane komórki Instytutu są systematycznie informowani o terminach składania wniosków na kolejne konkursy.
Mierzalnym kryterium oceny skuteczności działania w tym zakresie jest ilość uzyskanych w danym roku projektów i środków finansowych.

10.3. Środki uzyskane z umów z innymi podmiotami gospodarczymi

Środki te uzyskiwane są na podstawie zleceń uzyskiwanych z przemysłu, są to albo konkretne zlecenia na wykonanie badań, pomiarów ekspertyz, wydanie opinii itp. lub zlecenia uzyskuje się na podstawie wygranych przetargów lub konkursów ofert.
Wieloletnie doświadczenia z współpracy z przemysłem procentują kolejnymi zleceniami, Instytut prowadzi też działalność marketingową poprzez prezentację możliwości i osiągnięć poszczególnych Ośrodków na stronie internetowej, branie udziału przez pracowników Instytutu w konferencjach naukowych, sympozjach, seminariach. Instytut jest również sam organizatorem takich spotkań. Znaczącą pozycję w tych działaniach stanowią publikacje pracowników Instytutu w prasie fachowej oraz wydawnictwach naukowych.
Przy pozyskiwaniu zleceń, uzgodnieniami dotyczącymi zakresu prac, sposobu wykonania, terminów, kwoty zlecenia, sposobem odbioru pracy zajmują się przedstawiciele Ośrodka mającego realizować to zlecenie. Formalną stroną przygotowania umów zajmuje się dział NO, gdzie znajdują się szczegółowe instrukcje dotyczące zawierania umów.

W przypadku przetargów, procedury przygotowania oferty zawarte są w dokumentacji przetargowej. Po wygranym przetargu umowy są przygotowywane przez dział NO.

11. Planowanie

11.1. Planowanie tematów działalności statutowej

Propozycje tematów statutowych przedstawiane są Dyrekcji przez kierowników Ośrodków. Po dyskusji, przedstawiane są do akceptacji Radzie Naukowej IMP PAN. Tematykę prac statutowych ustala się głównie pod kątem maksymalizacji osiągnięć naukowych takich jak uzyskanie stopni naukowych, znaczących publikacji czy też wdrożeń.

11.2. Planowanie udziału w projektach badawczych

W IMP PAN realizowane są prace i projekty badawcze: granty przyznane indywidualnie pracownikom, projekty o szerszym zakresie realizowane przez zespoły oraz duże projekty realizowane we współpracy z innymi ośrodkami naukowymi i innymi podmiotami gospodarczymi. Planowanie w tym zakresie dotyczy dużych projektów badawczych. Przed przystąpieniem do konkursów analizuje się ryzyko, posiadane zasoby, nawiązuje kontakty z potencjalnymi współwykonawcami. Ważnym kryterium przy ustalaniu priorytetów aplikacyjnych do konkursów jest aspekt finansowy –udział własny w finansowaniu projektów.

11.3. Planowanie działań inwestycyjnych

Planowanie działań inwestycyjnych odbywa się w dwóch aspektach:
a) modernizacja i rozbudowa infrastruktury
b) modernizacja lub budowa nowych stoisk laboratoryjnych oraz odnowienie aparatury badawczo – pomiarowej

12. Realizacja usług badawczych oraz usług projektowych

12.1. Podstawa realizacji usług badawczych lub projektowych

Aktywna polityka w procesie pozyskiwania środków finansowych stwarza podwaliny do pełnego wykorzystania potencjału naukowego Instytutu i umożliwia rozwój placówki. Podstawą do realizacji usługi badawczej lub projektowej są umowy uzyskanie w procesie pozyskiwania podpisane przez Instytut z instytucją zlecającą. lub plany roczne i wieloletnie dotyczące działalności statutowej. Pisemne formy tych planów przechowywane są w wyspecjalizowanej komórce NO.

12.2. Realizacja usługi badawczej

Instytut posiada wdrożony do praktyki tryb postępowania przy świadczeniu usług badawczych i projektowych uwzględniający podział na etapy prac, określenie zakresu odpowiedzialności i uprawnień poszczególnych wykonawców oraz weryfikację i walidację projektów. Wymieniony tryb postępowania opisany jest w instrukcji znajdującej się w komórce NO. Usługi badawcze i projektowe świadczone przez Instytut prowadzone są w warunkach nadzorowanych. Dostępne są informacje o właściwościach konkretnych usług, które uprawnione osoby mogą uzyskać od wyspecjalizowanej komórki NO oraz od wyznaczonego kierownika pracy. Na stoiskach badawczych znajdują się aktualizowane

instrukcje obsługi oraz protokóły wzorcowania i legalizacji wykazujące, że stosowane do pomiarów wyposażenie działa prawidłowo. Istnieje udokumentowany, kartami kontroli zdolności stoisk do wykonywania pomiarów, tryb walidacji procesu usługi. Własność klienta jest identyfikowalna, odpowiednio chroniona i zabezpieczana.
Realizacja prac badawczych odbywa się z zastosowaniem procedur przedstawionych w Księdze Jakości. Przy pracach na zlecenie klientów zewnętrznych mają zastosowanie procedury wymagane przez tych zleceniodawców, np. procedury grantów.
Stoiska badawcze Ośrodków: 2 i 5 poddane ścisłemu nadzorowi systemu jakości są corocznie auditowane.

12.3. Realizacja usługi projektowej

Pod ścisłym nadzorem systemu jakości podlega projektowanie związane z energetyką wodną realizowane w Zakładzie Hydroenergetyki O1/Z2.
Prace te dotyczą:

- modeli turbin i ich instalacji na stanowisku badawczym
- turbin dla Małej Energetyki Wodnej (MEW)
- koncepcji zabudowy turbin na obiektach MEW
- układów przepływowych turbin
- oprzyrządowania pomiarowego i programów obliczeniowych

Za prawidłowy przebieg procesu projektowania w O1/Z2 odpowiadają: kierownik pracy oraz kierownik Zakładu.
Główny projektant (funkcja ta może być połączona z funkcją kierownika pracy) odpowiada za przeprowadzenie analizy założeń projektowych i technologicznych oraz ustalenie danych wejściowych do dalszego projektowania. Główny projektant rozdziela prace projektowe.
Dokumenty projektowe są opracowywane na znormalizowanych formatach i przechowywane w formie elektronicznej lub papierowej. Każdy dokument jest opatrzony datą wykonania i podpisany przez autora. Sposób oznaczania dokumentów ustala główny projektant.
Główny projektant, projektant prowadzący, każdy w swoim obszarze działania nadzorują proces projektowania oraz koordynują tempo prac projektowych oraz dokonują uzgodnień wewnętrznych. Jeśli zachodzi konieczność uzgodnienia zmian w założeniach projektowych w trakcie wykonania projektu Kierownik pracy (główny projektant) dokonuje uzgodnień zmian założeń projektowych z Klientem. Obowiązuje forma pisemna zapisu uzgodnionych zmian.
Główny projektant, projektanci prowadzący każdy w swoim zakresie dokonują przeglądu, sprawdzenia i odbioru wykonanych dokumentów w celu wyeliminowania błędów. Główny projektant ustala wykonawcę weryfikacji dokumentacji i zleca mu dokonanie weryfikacji. Kierownik pracy po dokonaniu weryfikacji projektu dokonuje ostatecznego przeglądu i zatwierdza dokumentację do przekazania Klientowi.
Zatwierdzenie projektu przez Kierownika pracy i przyjęcie go przez Klienta na podstawie protokółu zdawczo-odbiorczego jest uznawane za walidację projektu.
Przy realizacji usługi projektowej kierownik pracy przedstawia poszczególne etapy realizacji pracy w formie zapisów w *Tabeli sterowania mechanizmem projektowania* (druk 23a) .
Zapisy związane z procesem projektowania, a w szczególności dane wejściowe do projektowania oraz uzgodnienia projektowe i koordynacyjne przechowywane są u głównego projektanta do momentu wygaśnięcia zobowiązań z tytułu rękojmi wykonanej usługi projektowej wraz z drugim oryginalnym kompletem dokumentacji.
Prace projektowe prowadzone w O1/Z2 są corocznie poddawane auditowi.

12.4. Efekty finalne prac badawczych i projektowych

Prace badawcze i projektowe realizowane w Instytucie w ramach działalności statutowej są corocznie poddawane ocenie na Komisji Odbioru Prac.
Projekty finansowane przez Narodowe Centrum Nauki, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju oraz inne podmioty finansujące badania naukowe oceniane są na podstawie obligatoryjnych sprawozdań częściowych i końcowych składanych w instytucjach zlecających.
Prace wykonywane na zlecenia uzyskane z innych podmiotów gospodarczych są odbierane przez komisje odbiorcze reprezentujące zleceniodawcę i wykonawcę. Odbiór takich prac jest potwierdzany protokołami odbioru.
Ze względu na specyfikę Instytutu, oprócz efektu finansowego przy ocenie prac bierze się pod uwagę takie osiągnięcia będące następstwem prowadzonych badań jak: wdrożenia, patenty, uzyskanie stopni i tytułów naukowych, referaty na konferencjach naukowych, publikacje, monografie.
Prace badawcze wykonywane na wybranych stanowiskach Ośrodków 2 i 5 są poddawane corocznemu auditowi wewnętrznemu według procedury: PS-8.2.2 *Procedura auditu wewnętrznego.*

13. Nadzorowanie wyposażenia pomiarowego

Instytut przykłada szczególną uwagę do zapewnienia zgodności świadczonych usług badawczych i projektowych z wysokimi wymaganiami technicznymi w celu zadowolenia klientów. Wyposażenie do przeprowadzania pomiarów jest monitorowane i chronione przed uszkodzeniami. Instytut posiada wydzielony „Pokój pomiarów", w którym zgromadzone jest wyposażenie służące do wzorcowania i sprawdzania, w wyspecyfikowanych odstępach czasu lub przed użyciem, aparatury pomiarowej. Instytut dąży by wyposażenie pokoju pomiarów uzupełniać o dodatkowy sprzęt, w miarę posiadanych środków finansowych.
Zasady postępowania ze sprzętem pomiarowym stosowanym w Instytucie przedstawione są w procedurze PS 4/11 . *Gospodarka sprzętem pomiarowym.*

14. Zakupy

Instytut posiada wdrożony do praktyki tryb postępowania przy realizacji zakupów dla potrzeb świadczonych usług badawczych i projektowych. Odpowiednie instrukcje określające wymagania przechowywane są w komórkach NO i ZP. W celu poprawy jakości usług badawczych i konkurencyjności oferty Instytutu, zakupów aparatury dokonuje się ze środków z projektów , zleceń od klientów zewnętrznych oraz dotacji Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.
Realizowane są procedury przetargowe zgodne z obowiązującymi przepisami.
W Instytucie funkcjonuje elektroniczny system zamówień na zakupy i usługi obce.

15. Monitorowanie, pomiary, analiza i doskonalenie.

Instytut posiada wdrożone do praktyki procesy monitorowania, analiz i doskonalenia potrzebne do:

- Wykazania zgodności świadczonych usług badawczych i projektowych z wymaganiami klientów.

- Zapewnienia zgodności systemu jakości ISO 9001:2015
- Ciągłego doskonalenia systemu zarządzania jakością
- Osiągania coraz wyższego poziomu naukowego Instytutu

15.1. Monitorowanie i pomiary.

Instytut prowadzi ocenę wykonywanych prac kilkoma metodami.
Podstawową metodą jest system oceny punktowej. W Instytucie wprowadzono system polegający na przyznawaniu punktów poszczególnym pracownikom naukowym za ich osiągnięcia. Punkty te są przyznawana za: publikacje w czasopismach naukowych, , monografie naukowe i podręczniki akademickie, wyniki działalności naukowo- technicznej, wdrażanie osiągnięć naukowych, zdobycie środków finansowych (projekty badawcze i zlecenia z przemysłu), wnioski patentowe. System ten jest skorelowany z systemem punktowym oceny instytutów naukowych i pozwala na doroczną ocenę pracowników naukowych i poszczególnych Zakładów oraz Ośrodków.
Monitorowanie procesów badawczych działalności statutowej odbywa się raz w roku przez komisję odbioru prac oraz przez organizację ogólnodostępnych seminariów, na których przedstawiane są rezultaty wykonywanych prac.
Monitorowanie systemu jakości IMP PAN odbywa się przez sporządzanie przez dział NO, raz w roku, Ankiety Jednostki. Ankieta ta jest sporządzana według wymagań Ministerstwo Edukacji i Nauki i służy do oceny placówki naukowej. Dokument ten opisuje całą działalność Instytutu i jego osiągnięcia, stanowiąc jednocześnie, wraz z rezultatami systemu punktowego, podstawę do oceny systemu jakości. Istotnego materiału wyjściowego do analiz dostarczają wyniki auditów wewnętrznych, przeprowadzanych zgodnie z planem auditów zatwierdzonym przez DN, przez przeszkolonych auditorów.
Instytut posiada opracowaną i ustanowioną procedurę PS 8.2.2.- „Procedura auditu wewnętrznego".
Podczas realizacji dużych projektów badawczych realizowanych przez różne podmioty, odbywają się cykliczne spotkania sprawozdawcze, na których analizuje się aktualny stan realizacji pracy, jego zgodność z harmonogramem, podejmuje się działania w celu przeciwdziałania ewentualnym zagrożeniom terminowości i jakości prac.

15.2. Analiza i doskonalenie

Materiałami wyjściowymi dla Kierownictwa Instytutu do przeprowadzenia analizy działalności Instytutu są : Ankieta Jednostki, protokoły Komisji Odbioru Prac, rezultaty oceny pracowników naukowych i Ośrodków za pomocą systemu punktowego, dane dotyczące złożonych i realizowanych wniosków na projekty badawcze, dane dotyczące zawartych i realizowanych umów z przemysłem. Przeprowadzona na tej podstawie analiza pozwala na zdefiniowanie tych elementów działalności placówki, które wymagają poprawy. Przeprowadzane corocznie w ten sposób analizy pozwalają też na wychwycenie pozytywnych i negatywnych linii trendu w działalności poszczególnych ogniw placówki.
Jednakowe kryteria stosowane w ocenie instytutów badawczych pozwalają kierownictwu na ocenę pozycji rankingowej Instytutu na tle innych placówek.
Na podstawie przeprowadzonej analizy podejmuje się działania doskonalące, polegające na zmianach organizacyjnych i personalnych, wdraża się postępowanie w celu poprawy wyposażenia aparaturowego i polepszenia stopnia jego wykorzystania, poprawia się wewnętrzną komunikację i przepływ informacji.

W przypadkach wystąpienia usługi badawczej niezgodnej z wymaganiami stosuje się procedury:

- PS-8.3 *Nadzorowanie usługi niezgodnej z wymaganiami*
- PS-8.5.3 *Działania korygujące i zapobiegawcze*

15.3. Nadzór nad usługą niezgodną z wymaganiami.

Instytut dba aby rezultaty usługi badawczej lub projektowej niezgodne z wymaganiami klienta lub niezgodne z wymaganiami systemu jakości nie były przekazane klientowi.
Instytut posiada opracowaną i ustanowioną procedurę PS 8.3- „Nadzorowanie usługi niezgodnej z wymaganiami".

16. Zarządzanie zasobami

W procesie realizacji procesów usług badawczych i projektowych newralgiczną rolę odgrywa poziom zasobów ludzkich i materiałowych. Instytut podejmuje szerokie działania w kierunku ciągłego wzrostu poziomu tych zasobów.

16.1. Zasoby materiałowe

W celu zapewnienia wysokiej jakości usług badawczych Instytut dokłada dużych starań w celu lepszego wyposażenia Ośrodków w nowoczesną aparaturę pomiarową i oprogramowanie komputerowe. Środki finansowe na ten cel pochodzą z dotacji Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, projektów badawczych i zleceń z przemysłu. Wielkość dotacji z Ministerstwa jest zależna od pozycji rankingowej Instytutu, która jest zależna od poziomu usług badawczych i projektowych. Wielkość środków na aparaturę z projektów badawczych i zleceń zależy od aktywności pracowników naukowych w uzyskiwaniu projektów i zleceń. Kierownictwo Instytutu uwzględnia zdobyte środki na aparaturę , tworzenie nowych stanowisk badawczych i modernizację istniejących w systemie oceny punktowej pracowników i Ośrodków.
Nadzorowanie wyposażenia odbywa się stosownie do uregulowań prawnych zawartych w odpowiednich aktach prawnych.

16.2. Zasoby ludzkie

Instytut jest placówką naukową i jednym z głównych jego celów działania, oprócz prowadzenia badań jest zdobywanie stopni i tytułów naukowych przez pracowników. Instytut stwarza te możliwości poprzez zapewnienie odpowiednich zasobów materiałowych i działania organizacyjne w procesach pozyskiwania zleceń i realizacji usług badawczych i projektowych.
W celu realizacji planowanych zadań badawczych prowadzi się politykę kadrową polegającą na zatrudnianiu ludzi o wysokich kompetencjach, zdolnych do wykonania zamierzonych zadań. Instytut stara się również zatrudniać zdolnych absolwentów wyższych uczelni w celu zachowania ciągłości pokoleniowej.
Wprowadzony w Instytucie punktowy system oceny pracowników naukowych pozwala na bieżącą ocenę poziomu i zaangażowania poszczególnych pracowników, przeprowadzana analiza tej oceny stanowi podstawę do podejmowania decyzji kadrowych i organizacyjnych przez Kierownictwo Instytutu.
Kompetencje pracowników inżynieryjnych i technicznych, organizacyjno – ekonomicznych, administracyjnych i pracowników obsługi określone są w odpowiednich przepisach.

Pracownicy Instytutu uczestniczą w organizowanych szkoleniach podnoszących ich kwalifikacje zawodowe, jak również w szkoleniach wymaganych prawem pracy . Świadectwa uzyskane w tych szkoleniach przechowywane są w Dziale Kadr Instytutu.
Sprawy szkoleń reguluje procedura PS-9.1.1 *Nadzór nad szkoleniami*

17. Nadzór nad udokumentowanymi informacjami

Szczegółowy sposób postępowania w procesie opracowania przeglądu, udzielania upoważnień, wydania, rozpowszechniania i zmiany dokumentów i zapisów systemu jakości oraz nadzorowania i uaktualnieniach dokumentach zewnętrznych przedstawiony jest w procedurze systemu jakości:

- PS-4.2.3 *Nadzór nad udokumentowanymi informacjami*

Procedura ta określa nadzór potrzebny do identyfikowania, przechowywania, zabezpieczenia, wyszukiwania, zachowywania przez określony czas zapisów i dokumentów oraz dysponowania nimi.
Procedura ta dotyczy dokumentacji i zapisów procesów: pozyskiwania środków finansowych, realizacji usług badawczych i projektowych, pomiarów, analiz i doskonalenia oraz zarządzania zasobami.
Postępowanie z dokumentacją dokonywane jest zgodnie obowiązującymi przepisami prawnymi: o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, w sprawie zakresu prowadzenia przez pracodawców dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz sposobu prowadzenia akt osobowych pracownika, w sprawie postępowania z dokumentacją, zasad jej klasyfikowania oraz zasad i trybu przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych oraz w sprawie zarządzania dokumentacją w jednostkach i komórkach archiwalnych Polskiej Akademii Nauk.
Zarządzeniem Dyrektora IMP PAN znormalizowane procedury kancelaryjno-archiwalne w postaci:
- instrukcji kancelaryjnej
- rzeczowego wykazu akt
- instrukcji o organizacji i zakresie działania archiwum zakładowego

Proces realizacji procedury zarządzania udokumentowaną informacją jest poddawany corocznemu wewnętrznemu auditowi.

Załącznik 1 **Spis Procedur Systemu Jakości** i **Procedury według spisu**

Symbol	Nazwa procedury
PS-4.2.3	Nadzór nad udokumentowanymi informacjami
PS-8.2.2	Procedura auditu wewnętrznego
PS-8.3	Nadzorowanie usługi niezgodnej z wymaganiami
PS-8.5.3	Działania korygujące i zapobiegawcze
PS-9.1.1	Nadzór nad szkoleniami
PS-4.11	Gospodarka sprzętem pomiarowym

1. Cel

Celem niniejszej procedury jest określenie zasad oraz wyznaczenie odpowiedzialności za opracowanie, przegląd, wydanie, rozpowszechnianie i zmiany dokumentów i zapisów systemu jakości oraz nadzorowanie i uaktualnienie dokumentów zewnętrznych

.

2. Definicje

Obowiązują definicje i terminologia podane w normie ISO 9001:2015.

Dodatkowo przyjęto definicje:

SJ – Główny Specjalista ds. Systemów Jakości

DN - Dyrektor

ZDN - Zastępca Dyrektora ds. Naukowych

ZDA - Zastępca Dyrektora ds. Finansowych i Administracji

NO - Dział Obsługi Naukowej

AF - Dział Finansowo-Księgowy

KO - Kierownik Ośrodka

KZ - Kierownik Zakładu

DNA - Archiwum

członek dyrekcji - DN, ZDN, ZDA

3. Odpowiedzialność

Za nadzór nad udokumentowanymi informacjami, które służy realizacji zadań objętych nadzorem Systemu Jakości IMP PAN odpowiedzialni są DN, ZDN, SJ, ZDA, DNA oraz wszyscy pracownicy IMP PAN, którym powierzono pieczę nad wyznaczonymi dokumentami.

4. Zainteresowane służby

DN, ZDN, ZDA, SJ, NO, DNA oraz wszyscy pracownicy zaangażowani w realizację prac objętych nadzorem Systemu Jakości IMP PAN.

5. Opis postępowania

5.1. Dokumentacja systemu jakości

5.1.1. Księga Zarządzania Jakością jest dokumentem, którego celem jest:

- określenie ogólnej polityki jakości IMP oraz określonej polityki związanej z głównymi działaniami obejmującymi system jakości,
- określenie i opisanie systemu jakości,
- określenie pełnomocnictw i odpowiedzialności personelu kierowniczego,
- dostosowanie procedur dla różnych czynności objętych systemem jakości.

5.1.2. Procedury systemu jakości są dokumentami, których celem jest określenie zasad postępowania oraz wyznaczenie szczególnych pełnomocnictw i odpowiedzialności za wykonywanie głównych czynności objętych systemem jakości. Każda procedura zawiera: cel, odpowiedzialność, opis postępowania i zapisy i/lub dokumenty powiązane z tą procedurą.

5.1.3. Nagłówek pierwszej strony procedury zawiera pełną nazwę IMP PAN, informację, że jest to procedura systemu jakości, przedmiot procedury, indeks, edycję, datę (od której procedura obowiązuje), liczbę stron i numer strony.

5.1.4. Nagłówki kolejnych stron procedury zawierają te same dane co pierwsza strona.

5.2. Opracowanie i wydawanie dokumentacji

5.2.1. Opracowywanie, wprowadzanie zmian i rozpowszechnianie Księgi Zarządzania Jakością, jest obowiązkiem SJ.

5.2.2. Przed wydaniem i przekazaniem procedury podlegają przeglądowi, czy są wyczerpujące, poprawne i zgodne z polityką jakości. Oryginały dokumentów są podpisywane przez autora i przedstawiciela Dyrekcji.

5.2.4. Oryginał każdego dokumentu systemu przechowuje SJ, który jest również odpowiedzialny za rozpowszechnianie dokumentów zgodnie z ustalonym rozdzielnikiem.

5.2.5. SJ sporządza, przechowuje i uaktualnia podstawowy wykaz dokumentów Systemu Jakości określający ich status

5.3. Wprowadzanie zmian do dokumentów

5.3.1. Zmiany wprowadzane do dokumentów w wyniku auditów lub przeglądów koordynowane są przez SJ.

5.3.2. Zmiany w procedurach polegają na wydaniu nowej edycji dokumentu, z nową datą i są zatwierdzone przed ich wydaniem przez przedstawiciela Dyrekcji.

5.4. Udostępnianie dokumentacji

Księga Zarządzania Jakością znajduje się pod kontrolą Głównego Specjalisty ds. Systemu Jakości, który w razie potrzeby dokonuje w niej niezbędnych zmian, dostosowując dokument do nowych wymagań. Wprowadzone zmiany zostają zatwierdzane przez kierownictwo Instytutu. Księga Zarządzania Jakością jest systematycznie, minimum raz w roku, przeglądana i w razie konieczności aktualizowana i publikowana w nowej wersji.
Księga Jakości dostępna jest dla wszystkich pracowników na stronie internetowej IMP PAN

5.5. Przechowywanie dokumentów

5.5.1. Oryginał każdego dokumentu, odpowiednio oznaczony, przechowywany jest zgodnie z obowiązującymi w IMP PAN normatywami kancelaryjno – archiwalnymi.
5.5.2. Okres przechowywania dokumentów Systemu Zarządzania Jakością, określony jest w obowiązujących w IMP PAN normatywach kancelaryjno – archiwalnych.

5.6. Nadzór nad dokumentami zewnętrznymi

5.6.1. Nadzorowi podlegają: przepisy, normy, kodeksy i inne dokumenty związane z systemem jakości.
5.6.2. Zastępowane lub usuwane dokumenty mogą być przechowywane lecz powinny być jasno oznaczone, aby wskazać ich aktualny status.
5.6.3. Wszystkie dokumenty zewnętrzne stosowane w działalności IMP, które nie są oznaczone jako nieaktualne, są dokumentami aktualnymi.
5.6.4. Instrukcje obsługi wydawane przez producentów urządzeń stosowanych przez IMP, przechowywane są tylko jako informacje i zalecenia. Nie praktykuje się wprowadzania zmian do tych instrukcji chyba, że urządzenie jest zmodyfikowane. W przypadku otrzymania od producenta poprawek lub nowych instrukcji, są one zarejestrowane i rozpowszechniane tak samo jak w przypadku innych dokumentów.

6. Zapisy Systemu Jakości

6.1. Sposób przechowywania zapisów określony jest w normatywach kancelaryjno – archiwalnych obowiązujących w IMP PAN. Okres przechowywania zapisów związanych z systemem jakości i określonych w Rzeczowym Wykazie Akt kategorią Bc wynosi 2 lata. Brakowanie tych akt przeprowadza komórka organizacyjna w porozumieniu z DNA

6.2. Zapisy stanowią obiektywne dowody na to, że system wdrożony w IMP PAN jest skuteczny. Procedura ma zastosowanie do wszystkich zapisów tworzonych w IMP PAN i obowiązuje wszystkich pracowników Instytutu.

6.3. Wszystkie zapisy są oznaczone, gromadzone i przechowywane tak, że w każdej chwili mogą dostarczyć dowodu na postępowanie zgodne z ustaleniami, i że przyczyny jakiejkolwiek nieprawidłowości mogą być wykryte.

6.4. Zapisy są dokumentami jakości, potwierdzającymi stosowanie i przestrzeganie procedur.

6.5 Zapisy są czytelne i dają możliwość ich jednoznacznego odniesienia do sprawy/usługi, której dotyczą oraz są łatwe do odszukania.

6.6. Zapisy są przechowywane w odpowiedni sposób i chronione przed zniszczeniem, zagubieniem lub dostępem do nich osób niepowołanych.

1. Cel

Celem niniejszej procedury jest określenie zasad i wyznaczenie odpowiedzialności za przeprowadzenie auditu wewnętrznego oraz przeprowadzenie działań korygujących wynikających z przeprowadzonego auditu.

2. Definicje

Obowiązują definicje i terminologia podane w normie ISO 9001:2015.
Dodatkowo przyjęto definicje:

Harmonogram - wykaz terminów auditów wewnętrznych do przeprowadzenia w komórkach organizacyjnych.
Plan auditu - szczegółowe dane dotyczące auditu (szczegółowy zakres, odnośniki, auditowane komórki organizacyjne, osoby związane z obu stron).
SJ - Główny Specjalista ds. Systemów Jakości
DN - Dyrektor.

3. Odpowiedzialność

Za prawidłowy przebieg auditów wewnętrznych odpowiedzialni są DN, SJ powołani auditorzy, kierownicy auditowanych komórek organizacyjnych.

4. Zainteresowane służby

Wszystkie komórki IMP PAN ujęte w harmonogramie auditu.

5. Opis postępowania

5.1. Uruchomienie auditu

Podstawą uruchomienia auditu jest Harmonogram auditów wewnętrznych (Form. 1/PS-8.2.2). Harmonogram sporządzony jest przez SJ w terminie do końca listopada każdego roku i obejmuje następny rok kalendarzowy. Harmonogram zatwierdza DN lub upoważniony przedstawiciel Dyrekcji. Harmonogram przechowywany jest u SJ.
Uruchomienie auditu dokonuje się na 14 dni przed planowanym terminem jego realizacji. W tym celu: SJ wystawia formularz „Powołanie zespołu auditorów (Form. 2/PS-8.2.2) - dokument podpisuje DN lub upoważniony przedstawiciel Dyrekcji, a oryginał przechowuje SJ. Kopię Form. 2/PS-8.2.2 otrzymuje każdy członek zespołu auditorów.

5.2. Przygotowanie auditu

Auditor wiodący opracowuje projekt Planu auditu (Form.3/PS-8.2.2) i przedkłada kierownikowi auditowanej komórki celem jego uzgodnienia przed upływem 7 dni od daty auditu. Auditor wiodący wnosi do planu auditu przyjęte uwagi auditowanego.
Po dokonaniu auditu auditor wiodący przekazuje oryginał planu do SJ wraz z raportem z auditu. Kopię, otrzymuje kierownik komórki auditowanej.
Auditorzy, zgodnie z dokonanym podziałem zadań, opracowują Kwestionariusz auditu (Form.4/PS-8.2.2). Kwestionariusz zatwierdza auditor wiodący.
Wszystkie dokumenty wystawione w związku z auditem otrzymują numer podany na Form. 2/PS-8.2.2 „Powołanie zespołu auditorów''.

5.3. Wykonanie auditu

Zespół auditorów spotyka się z kierownikiem oraz wyznaczonym personelem komórki auditowanej na spotkaniu otwierającym.
Zespół auditorów przeprowadza metodyczne badanie funkcjonowania systemu jakości w auditowanej komórce organizacyjnej. Auditorzy odnotowują spostrzeżenia oraz dowody materialne dla ich udokumentowania. Po zakończeniu badania zespół auditorów omawia zapisane spostrzeżenia. Auditor wiodący decyduje, które z nich zostaną zakwalifikowane jako niezgodności i wystawia Kartę Niezgodności (Form.5/PS-8.2.2) dla każdej niezgodności oddzielnie. Niezgodności otrzymują kolejne numery 1,2,3,... łamane przez numer karty niezgodności. Zespół auditorów spotyka się z kierownikiem i wyznaczonym personelem auditowanej komórki na spotkaniu zamykającym, na którym auditor wiodący przedstawia niezgodności ujawnione w czasie auditu. Kierownik auditowanej komórki podpisem na Karcie Niezgodności potwierdza zrozumienie istoty ujawnionych niezgodności, ustala działania korygujące, wyznacza osobę odpowiedzialną za ich podjęcie oraz podaje termin zakończenia tych działań. Oryginały Kart Niezgodności auditor wiodący przekazuje kierownikowi auditowanej komórki, dla siebie sporządza kopie.

5.4. Raport z auditu

Raport z auditu (Form.6/PS-8.2.2) sporządza auditor wiodący nie później niż dwa tygodnie po zakończeniu auditu.
Raport otrzymują:

- SJ - oryginał z załączonymi do niego kopiami Kart Niezgodności, Planem auditu wewnętrznego (Form.3/PS-8.2.2) oraz wypełnionym Kwestionariuszem auditu wewnętrznego (Form.4/PS-8.2.2) i notatkami auditorów. SJ przeprowadza analizę raportu.
- Kierownik komórki auditowanej (bez załączników) - podejmuje działania korygujące w stosunku do ujawnionych niezgodności.

5.5. Działania korygujące

Niezgodności ujawnione w czasie auditu wewnętrznego są podstawą do podjęcia działań korygujących zgodnie z Procedurą działań korygujących.
Po wykonaniu działań korygujących kierownik auditowanej komórki organizacyjnej wypełnia Karty Niezgodności w rubryce „Wykonane działania korygujące'' i przekazuje je do SJ. SJ analizuje wykonane działania i podejmuje decyzję odnośnie ewentualnego przeprowadzenia auditu sprawdzającego. Oryginały Kart Niezgodności przechowuje SJ wraz z Raportem, kopie zaakceptowanych Kart Niezgodności otrzymują adresaci Raportu.

6. Odnośniki

Księga Zarządzania Jakością
Procedury i instrukcje obowiązujące w auditowanej komórce organizacyjnej.

Załączniki
Form.1/PS-8.2.2- Harmonogram auditów wewnętrznych
Form.2/PS-8.2.2- Powołanie zespołu auditorów
Form.3/PS-8.2.2- Plan auditu wewnętrznego
Form.4/PS-8.2.2- Kwestionariusz auditu wewnętrznego
Form.5/PS-8.2.2- Karta niezgodności
Form.6/PS-8.2.2- Raport z auditu wewnętrznego

1) Cel procedury

Celem procedury jest określenie trybu postępowania z usługą, w której na dowolnym jej etapie realizacji ujawniono niezgodność z wymaganiami zawartymi w umowie.

2) Definicje

Obowiązują definicje i terminologia podane w normie ISO 9001:2015.

Dodatkowo przyjęto definicje:
DN - Dyrektor
ZDN - Zastępca Dyrektora ds. Naukowych
ZDA - Zastępca Dyrektora ds. Finansowych i Administracji
SJ - Główny Specjalista ds. Systemów Jakości
NO - Dział Obsługi Naukowej
AF - Dział Finansowo-Księgowy
KO - Kierownik Ośrodka
KZ - Kierownik Zakładu
członek Dyrekcji - DN, ZDN, ZDA

3) Odpowiedzialność

Za prawidłowy przebieg realizacji umowy odpowiedzialni są: właściwy wg zakresu obowiązków członek dyrekcji, wyznaczony kierownik pracy, wyznaczony pracownik działu NO oraz właściwy KO i KZ.

4) Zainteresowane służby

DN, ZDN, ZDA, SJ, AF, NO, kierownik pracy, pracownicy Instytutu zaangażowani w realizację usług naukowo-badawczych lub projektowych.

5) Opis postępowania

Podczas realizacji usługi naukowo-badawczej lub projektowej może pojawić się niezgodność z wymaganiami zawartymi w umowie lub wymaganiami odnośnie trybu realizacji usługi. W takich przypadkach nadzorujący realizację umowy członek Dyrekcji zobowiązany jest do podjęcia działań wyjaśniających przyczynę powstania niezgodności oraz ustalenia sposobu usunięcia niezgodności.

5.1. Postępowanie w przypadku gdy niezgodność z wymaganiami spowodowana jest przyczyną obiektywną niezależną od działań kierownika pracy

Za przyczyny obiektywne uważa się

- szkody wynikłe z dużych awarii sieci energetycznej, wodnej poza IMP PAN,
- duże i niespodziewane zmiany cen materiałów i usług kooperacyjnych niezbędnych do realizacji pracy,
- długotrwała niezdolność do wykonywania pracy wśród głównych wykonawców usługi naukowo-badawczej lub projektowej.

W takich przypadkach nadzorujący członek dyrekcji przy współudziale kierownika pracy podejmuje negocjacje z Klientem w celu dostosowania wymagań umowy do nowej sytuacji. Jeśli przyczyną powstania niezgodności jest długotrwała niezdolność do pracy kierownika pracy nadzorujący członek dyrekcji w porozumieniu z kierownikiem Ośrodka wyznacza nowego kierownika pracy.

Uwaga: Kierownik pracy nie powinien dopuścić do sytuacji powstania niezgodności z wymaganiami w realizacji usługi naukowo-badawczej lub projektowej na skutek jego niezdolności do wykonywania pracy. W takiej sytuacji powinien sam zadbać o uprawnionego zastępcę lub wcześniej powiadomić nadzorującego członka dyrekcji o konieczności wyznaczenia nowego kierownika pracy.

5.2. Postępowanie w przypadku gdy niezgodność z wymaganiami zawiniona jest przez kierownika pracy.

W takim przypadku nadzorujący członek dyrekcji zobowiązany jest do podjęcia adekwatnych do sytuacji działań mających przywrócić zgodność realizowanej usługi z wymaganiami.

5.2.1. Działania wewnątrz IMP PAN

- zdyscyplinowanie realizacji usługi poprzez zwiększenie bezpośredniego nadzoru nad jej realizacją,
- w przypadku stwierdzenia rażącej nieudolności dotychczasowego kierownika pracy odwołanie go od kierowania usługą i wyznaczenie nowego kierownika pracy. Odwołania dotychczasowego kierownika pracy w trakcie realizacji usługi i powołania nowego kierownika pracy dokonuje DN. O powołaniu nowego kierownika pracy powiadamiany jest niezwłocznie Klient.

5.2.2. Negocjacje zmiany wymagań realizacji usługi z Klientem

Jeśli dla przywrócenia zgodności realizacji usługi naukowo-badawczej lub projektowej z wymaganiami z przyczyn zawinionych przez IMP PAN potrzebna jest renegocjacja wymagań wykonania umowy, z Klientem negocjacje przeprowadza nadzorujący członek dyrekcji osobiście.

Negocjacje przeprowadza się po ustaleniu nowych realnych do spełnienia warunków realizacji usługi oraz przeprowadzeniu niezbędnych działań korygujących.

5.3. Nadzór nad realizacją usługi, w której przywrócono zgodność z wymaganiami na skutek działań nadzorującego członka dyrekcji.

Usługa, w której przewrócono zgodność z wymaganiami na skutek działań nadzorującego członka dyrekcji podlega zwiększonemu nadzorowi. Kierownik pracy zobowiązany jest na bieżąco informować o wszelkich działaniach podjętych dla wykonania usługi składając notatki służbowe u wyznaczonego pracownika NO. Nadzorujący członek Dyrekcji dokonuje raz w miesiącu przeglądu postępów w realizacji pracy.

Dokumenty związane:
Procedura PS-8.5.3 Działania korygujące i zapobiegawcze

1) Cel procedury

Celem procedury jest określenie trybu postępowania przy składaniu wniosków o działania korygujące lub zapobiegawcze, wprowadzenie i sprawdzenie efektywności tych działań w całym obszarze nadzorowanym przez System Jakości IMP PAN.

2) Definicje

Obowiązują definicje i terminologia podane w normie ISO 9001:2015.
Dodatkowo przyjęto definicje:
DN - Dyrektor
SJ - Główny Specjalista ds. Systemów Jakości
ZDN Zastępca Dyrektora ds. Naukowych
ZDA - Zastępca Dyrektora ds. Finansowych i Administracji
NO - Dział Obsługi Naukowej
AF - Dział Finansowo-Księgowy
KO - Kierownik Ośrodka
KZ - Kierownik Zakładu

działania korygujące - dotyczą istniejącej niezgodności
działania zapobiegawcze - dotyczą potencjalnych niezgodności.

3) Odpowiedzialność

Za działania korygujące i zapobiegawcze odpowiedzialni są:
DN i SJ - w całym obszarze działalności IMP PAN objętym nadzorem Systemu Jakości
ZDN i ZDA - w podległych im obszarach działalności IMP PAN objętych nadzorem Systemu Jakości
KO - w podległych im ośrodkach w zakresie działalności ośrodka objętym nadzorem Systemu Jakości zwłaszcza w zakresie utrzymania zdolności do badań stoisk badawczych objętych nadzorem Systemu Jakości oraz szkolenia pracowników
KZ - w podległych im zakładach naukowych w zakresie działalności zakładu objętym nadzorem Systemu Jakości
Kierownicy działów - w podległych im działach w zakresie działalności objętej nadzorem Systemu Jakości.

4. Zainteresowane służby

Wszyscy pracownicy IMP PAN zaangażowani w wykonanie usług

5. Postępowanie

5.1. Przyczyny inicjowania wniosku o działania korygujące/zapobiegawcze

Działania korygujące/zapobiegawcze mogą być wnioskowane w następujących przypadkach:

- niezgodność stwierdzona podczas auditu wewnętrznego, auditu Klienta lub auditu strony trzeciej
- stwierdzenia znacznej niezgodności usługi naukowo-badawczej lub projektowej z wymaganiami
- stwierdzenia niezgodności w zakupach lub usługach kooperacyjnych
- powtarzający się problem w procesie świadczenia usług naukowo-badawczych lub projektowych
- stwierdzenia jakiegoś innego warunku, który jest niezgodny z udokumentowanym Systemem Jakości lub normy ISO 9001.

5.2. Uprawnieni do inicjowania wniosku

Uprawnieni do inicjowania wniosku są wszyscy pracownicy IMP PAN oraz Klienci i auditorzy strony trzeciej.

5.3. Uruchomienie wniosku i jego obieg.

5.3.1. Wniosek o działania korygujące/zapobiegawcze podejmuje się przy użyciu formularza 5/PS-8.2.2 - Karta niezgodności i działań korygujących/zapobiegawczych i składa u SJ (jeśli niezgodność dotyczy funkcjonowania SJ to wniosek składa się bezpośrednio do DN)

5.3.2. SJ/(DN) bada czy wniosek jest uzasadniony. Jeśli wniosek nie jest uzasadniony DSJ/(DN) kieruje go z odpowiednią adnotacją do zapisów przechowywanych u SJ a kopię przesyła do osoby składającej wniosek.
Jeśli wniosek uznany zostaje za uzasadniony SJ/(DN) kieruje wniosek do kierownika działu lub ośrodka, gdzie występuje niezgodność. Odpowiedzialny kierownik bada przyczynę problemu, proponuje działania korygujące i określa termin ich przeprowadzenia.

5.3.3. SJ (DN) zatwierdza proponowane działania korygujące.

5.3.4. W dniu (lub bezpośrednio po nim) planowanego terminu wdrożenia działań korygujących SJ (DN) przystępuje do ustalenia czy wdrożone działanie jest skuteczne. Jeśli istnieje obiektywny dowód, że działanie korygujące jest skuteczne proces może być zamknięty. Jeżeli potrzeba dalszych działań do pełnego jego wdrożenia ustala się ponowny termin wdrożenia.

5.3.5. Wnioski o działania korygujące/zapobiegawcze przechowuje się u SJ zgodnie z procedurą PS-4.2.4 Nadzór nad zapisami

Dokumenty związane

PS 4.2.3 Nadzór nad udokumentowanymi informacjami
PS-8.2.2 Procedura auditu wewnętrznego

1) Cel

Celem niniejszej procedury jest określenie zasad przygotowania, przeprowadzania i oceny szkoleń pracowników

2) Definicje

Obowiązują definicje i terminologia podane w normie ISO 9001:2015.

Dodatkowo przyjęto definicje:

SJ – Główny Specjalista ds. Systemów Jakości

DN - Dyrektor

ZDN - Zastępca Dyrektora ds. Naukowych

ZDA - Zastępca Dyrektora ds. Finansowych i Administracji

NO - Dział Obsługi Naukowej

AF - Dział Finansowo-Księgowy

AE – Dział Ekonomiczno - Organizacyjny

KO - Kierownik Ośrodka

KZ - Kierownik Zakładu

3) Obszar stosowania

Procedura odnosi się do wszystkich komórek organizacyjnych Instytutu

4) Odpowiedzialność

SJ – prowadzenie i organizacja szkoleń z zakresu wymagań Systemu Jakości

Kierownik Działu Gospodarczego AG

- prowadzenie wstępnych szkoleń z zakresu wymagań BHP
- organizacja szkoleń okresowych z zakresu wymagań BHP

Kierownicy komórek organizacyjnych

- nadzór nad szkoleniami podległych pracowników

Osoby szkolone

- uczestnictwo w szkoleniach

5) Planowanie szkoleń

W przypadku szkoleń okresowych dotyczących BHP plan szkoleń ustala terminarz i listę szkolonych ustala Kierownik Działu Gospodarczego AG odpowiedzialny w Instytucie za sprawy BHP. Osoba ta opracowuje sposób szkolenia, dokonuje wyboru firmy przeprowadzającej szkolenie, ustala listę szkolonych i informuje zainteresowanych z 2 tygodniowym wyprzedzeniem o miejscu i terminie szkolenia

Przełożeni wspólnie z Działem **AE** sprawują nadzór nad uprawnieniami pracowników które mają określony termin ważności i z należytym wyprzedzeniem kierują te osoby na ponowne szkolenia.

W pozostałych przypadkach, decyzje o skierowaniu na szkolenie są podejmowane doraźnie przez kierownika komórki organizacyjnej. Dotyczy to takich szkoleń jak np. obsługi nowej aparatury czy zaznajomienie pracowników z nowymi przepisami prawa.

6) Opis postępowania

6.1. Szkolenia wstępne

Każdy nowo zatrudniony pracownik podlega obowiązkowemu szkoleniu wstępnemu obejmującemu:

- wymagania BHP- szkolenie przeprowadza specjalista ds. BHP
- instruktaż na stanowisku pracy – szkolenie przeprowadza kierownik komórki lub osoba przez niego wykształcona

6.2. Szkolenia okresowe

Do szkoleń okresowych należą:

-szkolenia BHP przeprowadzane z częstotliwością i w zakresie zgodnym z obowiązującymi przepisami

- szkolenia wynikające z konieczności przedłużenia uprawnień lub wymagające z wymagań prawnych i innych

6.3. Dokumentowanie szkoleń

Świadectwa, zaświadczenia, książeczki kwalifikacyjne uzyskane ze szkoleń przechowywane są w aktach osobowych pracownika

6.4. Ocena dostawców usług szkoleniowych

- przy szkoleniu zakresu nowo wprowadzanych przepisów prawnych, zgłasza się akces do szkoleń prowadzonych przez organa administracji państwowej (ZUS, organa skarbowe,). Przy korzystaniu w szkoleniu z tego zakresu z usług firm zewnętrznych, bierze się pod uwagę kryteria:

program szkolenia musi być aktualny, na bieżąco z nowo wprowadzanymi przepisami
referencje firmy prowadzącej szkolenie
doświadczenia własne z dotychczasowej ewentualnej współpracy
koszty szkolenia

Przy szkoleniu z zakresu BHP przy wyborze firmy szkolącej bierze się pod uwagę kryteria:

Proponowany program szkolenia, musi być zgodny z wymaganiami stawianymi przez odpowiednie przepisy i aktualny
Referencje firmy szkolącej
Sposób prowadzenia szkoleń
Kompetencje prowadzących zajęcia
Doświadczenia własne z dotychczasowej ewentualnej współpracy
Koszty szkolenia

6.5. Ocena skuteczności szkoleń

- W przypadku szkoleń okresowych (BHP i dotyczących uprawnień) skuteczność szkolenia oceni się na podstawie:
  - -wyników egzaminu końcowego
  - oceny przez przełożonego kompetencji pracownika w zakresie objętym szkoleniem (znajomość nowych przepisów, umiejętność obsługi aparatury, umiejętność obsługi programów komputerowych)
  - analizy statystyki wypadkowej – dotyczy szkoleń BHP

1) Cel procedury

Celem procedury jest ustalenie zasad postępowania ze sprzętem pomiarowym stosowanym w Instytucie.

2) Zakres procedury

Procedura obejmuje swym zakresem gospodarkę sprzętem pomiarowym, wykorzystywanym na stoiskach badawczych pracujących pod nadzorem Systemu Jakości oraz w Pokoju Pomiarów.

3) Zainteresowane służby

Wytyczne niniejszej procedury dotyczą wszystkich użytkowników sprzętu pomiarowego oraz osób sprawujących nad nim opiekę.

4) Obowiązki, odpowiedzialność, uprawnienia

4.1. Stoiska badawcze i pokój pomiarów

Opiekunowie stoiska badawczego oraz Opiekun Pokoju Pomiarów są odpowiedzialni za:

- prawidłowe przechowywanie powierzonego sprzętu pomiarowego,
- posługiwanie się sprzętem pomiarowym zgodnie z wymaganiami technologii oraz instrukcji użytkowania,
- eliminowanie z użytkowania sprzętu niesprawnego
- przechowywanie aktualnych zapisów o dokonanych sprawdzeniach i wzorcowaniu
- opracowywanie instrukcji dla sprzętu nowego dotychczas nie stosowanego, w przypadku braku instrukcji fabrycznej.

4.2. Pracownicy obsługujący stoiska badawcze

Wszyscy pracownicy obsługujący stoiska badawcze zobowiązani są do postępowania ze sprzętem pomiarowym zgodnie z instrukcjami użytkowania.

5) Opis pracy

5.1. Nadzór nad sprzętem pomiarowym

Nadzór nad sprzętem pomiarowym wykorzystywanym na stanowiskach sprawują Opiekunowie stanowisk. Nadzór nad sprzętem pomiarowym stanowiącym wyposażenie pokoju pomiarów sprawuje Opiekun Pokoju Pomiarów.

Opiekunowie stoisk badawczych oraz Opiekun Pokoju Pomiarów opracowują szczegółowe instrukcje użytkowania sprzętu pomiarowego w przypadku braku instrukcji fabrycznych.
Instrukcje dla sprzętu używanego na stanowiskach zatwierdza Kierownik Zakładu , dla sprzętu stanowiącego wyposażenie Pokoju Pomiarów - SJ. Nadzorujący sprzęt pomiarowy dokonują okresowo sprawdzenia parametrów metrologicznych sprzętu pomiarowego zgodnie z harmonogramem.

5.2. Wprowadzenie do użytku nowego sprzętu pomiarowego
Przy wprowadzaniu nowego sprzętu pomiarowy, należy nadać mu numer identyfikacyjny i nanieść go na obudowie przyrządu. Użytkownik sprzętu pomiarowego przed zastosowaniem go na stanowisku badawczym dokonuje sprawdzenia prawidłowości działania.

5.3. Eksploatacja sprzętu pomiarowego
Użytkowany sprzęt pomiarowy podlega okresowym sprawdzeniom mającym na celu stwierdzenie, czy nie zostały przekroczone dopuszczalne odchylenia wskazań oraz w celu dokonania ponownego wzorcowania. W przypadku stwierdzenia niewłaściwego działania sprzętu zostaje on przekazany do regeneracji (naprawy) lub likwidacji.

5.4. Znakowanie sprzętu pomiarowego
Sprzęt pomiarowy posiada indywidualne oznakowanie. Naklejka na sprzęcie pomiarowym jest koloru żółtego i zawiera informację składającą się z dwóch członów:
człon pierwszy zawiera nr stoiska, do którego przypisany jest dany sprzęt pomiarowy, a człon drugi to nr pozycji sprzętu w wykazie zawartym w instrukcji obsługi stoiska.
Wskaźnik posiada naklejkę koloru zielonego z napisem „W".
Sprzęt pomiarowy bez aktualnego świadectwa wzorcowania może być używany tylko jako oznaczony wskaźnik.

5.5. Dokumentacja

Dokumenty świadczące o przeprowadzonej legalizacji, sprawdzeniu lub wzorcowaniu przechowywane są u Opiekuna stoiska badawczego użytkującego dany przyrząd pomiarowy lub Opiekuna pokoju pomiarów. Użytkowany sprzęt pomiarowy powinien być identyfikowalny. Wszelkie zmiany dotyczące wycofania sprzętu pomiarowego, oraz wprowadzenia nowego sprzętu powinny być uwidocznione w instrukcji stanowiska. O takich zmianach opiekun stanowiska lub opiekun pokoju pomiarów informuje SJ. Wszystkie działania związane z nadzorem sprzętu pomiarowego w Instytucie podlegają stałej kontroli SJ

6) Dokumenty związane

- Normy i przepisy państwowe dotyczące postępowania z narzędziami, sprzętem i aparaturą pomiarową.

7) Oczekiwane efekty

Realizacja przyjętych w procedurze celów i zaleceń zapewni właściwe, zgodne z wymaganiami międzynarodowych norm zarządzania (gospodarowania) narzędziami, sprzętem i aparaturą pomiarową.

INSTYTUT MASZYN PRZEPŁYWOWYCH im. Roberta Szewalskiego PAN w Gdańsku	Załącznik nr 1 do Księgi Zarządzania Jakością	Dokument Z1	Strona 1/1
	Wykaz stoisk badawczych pod nadzorem Systemu Jakości IMP PAN	Data 21.10.2024	Wydanie G

1. *(St. Nr 3) Tunel transoniczny*. O2/Z2 - lokalizacja Hala A, opiekun: dr hab. inż. Ryszard Szwaba.
2. *(St. Nr 4) Tunel aerodynamiczny (poddźwiękowy o małym poziomie turbulencji)* O2/Z2 - lokalizacja Hala A, opiekun: mgr inż. Joanna Jurkowska
3. *(St. Nr 6) Stanowisko do badań pojemności cieplnej dla materiałów zmiennofazowych PCM*. O5/Z5 - lokalizacja –pokój 504 budynek F, opiekun: mgr. inż. Paulina Rolka