



# CERTIFICATION AUDIT REPORT

PANCERT AB

7487709

*Bureau Veritas Certification Sverige AB*

*Periodiskt utvecklingsbesök 1 / ISO 14001:2004*

# INDEX

- 1. GENERAL INFORMATION**
  - 1.1 ORGANIZATION INFORMATION
  - 1.2 CONTACT INFORMATION
  
- 2. AUDIT INFORMATION**
  - 2.1 AUDIT STANDARDS
  - 2.2 SCOPE OF CERTIFICATION
  - 2.3 AUDITOR INFORMATION
  - 2.4 AUDIT SCOPE
    - Audit Objectives
    - Audit Plan
    - General & legal compliance requirements
  
- 3. AUDIT PROCESS**
  - 3.1 AUDITOR NOTES / SIGNIFICANT AUDIT TRAILS
  - 3.2 AUDIT SUMMARY REPORT PER STANDARD
  - 3.3 NON CONFORMITY REPORT
  
- 4. PERFORMANCE TO DATE**
  
- 5. EXECUTIVE AUDIT SUMMARY**
  - 5.1 SUMMARY OF AUDIT FINDINGS
  - 5.2 OBSERVATIONS
  
- 6. TEAM LEADER RECOMMENDATIONS**
  
- 7. AUDIT PROGRAMME**
  
- 8. NEXT VISIT AUDIT PLAN**

# 1. GENERAL INFORMATION

## 1.1 ORGANIZATION INFORMATION

Organization Name	PANCERT AB		
Address	BOX 37		
City	Jönköping		
Postal Code	55112		
County	-		
Country	Sweden		
Phone N°	036-34 30 01	Fax N°	036-12 86 10
Contract n°	7487709		

## 1.2 CONTACT INFORMATION

Contact Name	Goran Karlsson		
Email Address	goran.karlsson@sagtjanst.com	Phone N°	036-34 30 01

## 2. AUDIT INFORMATION

### 2.1 AUDIT STANDARDS

Audit Standard(s)	ISO 14001:2004
-------------------	----------------

### 2.2 SCOPE OF CERTIFICATION

Language	Site Name	Head Office	Scope of Certification
English	PANCERT AB	✓	Service organisation for certification of forest owners and harvesting organisations.
Swedish	PANCERT AB	✓	Serviceorganisation för certifiering av skogsbruk och avverkningsorganisationer.

N° of Sites	1
N° of Employees	3
Head Office	PANCERT AB

If this is a multi-site audit an Appendix listing all the relevant sites and/or remote locations has been established and attached to the audit report.

Type	Periodiskt utvecklingsbesök 1		
Audit Start Date	26-06-2014	Audit End Date	26-06-2014
		Duration	1

## 2.3 AUDITOR INFORMATION

Team Leader	Team Members
Fredrik Cederquist	

## 2.4 AUDIT SCOPE

### Audit Objectives

1. To confirm that the management system conforms with all the requirements of the audit standard (s);
2. To confirm that the organization has effectively implemented its planned arrangements ;
3. To confirm that the management system is capable of achieving the organization's policies and objectives and evaluation of the ability of the management system to ensure the client organization meets applicable statutory, regulatory and contractual requirements;
4. If applicable to identify areas for potential improvement of the management system.
5. To confirm that the certified management system(s) conforms with requirements of to the standard, including, but not limited to :
  - a) internal audits and management review,
  - b) a review of actions taken on nonconformities identified during the previous audit,
  - c) treatment of complaints,
  - d) effectiveness of the management system with regard to achieving the certified client's objectives,
  - e) progress of planned activities aimed at continual improvement,
  - f) continuing operational control,
  - g) review of any changes, and
  - h) use of marks and/or any other reference to certification.

## Audit Plan

Date - Time Activity	Site Name	Process	Auditor	Comment
26-06-2014 - 08:00	PANCERT AB		FCE	
Auditor(s) preparation for closing meeting	Clause :			
26-06-2014 - 09:00	PANCERT AB		FCE	
Opening meeting	Clause :			
26-06-2014 - 09:15	PANCERT AB	Ledning	FCE	
Audit	Clause : 4.1 Generella krav 4.2 Miljöpolicy 4.3 Planering 4.3.3 Övergripande mål, detaljerade mål och handlingsplaner 4.4.1 Resurser, roller, ansvar och befogenheter 4.5.4 Redovisande dokument 4.6 Ledningens genomgång			
26-06-2014 - 10:30	PANCERT AB	Miljöledning	FCE	
Audit	Clause : 4.3.1 Miljöaspekter 4.3.2 Lagar och andra krav 4.4.4 Dokumentation 4.4.6 Verksamhetsstyrning 4.5.2 Utvärdering att lagar och andra krav följs			
26-06-2014 - 12:00	PANCERT AB		FCE	
Lunch	Clause :			

Date - Time Activity	Site Name	Process	Auditor	Comment
26-06-2014 - 13:00	PANCERT AB	Administration	FCE	
Audit	Clause : 4.4.2 Kompetens, utbildning och medvetenhet 4.4.4 Dokumentation 4.4.5 Dokumentstyrning 4.5.4 Redovisande dokument			
26-06-2014 - 14:00	PANCERT AB	Uppföljning	FCE	
Audit	Clause : 4.5.1 Övervakning och mätning 4.5.3 Avvikelse, korrigerande och förebyggande åtgärder 4.5.5 Intern revision			
26-06-2014 - 16:00	PANCERT AB		FCE	
Reporting	Clause :			
26-06-2014 - 16:30	PANCERT AB		FCE	
Closing meeting	Clause :			



Audit plan preparation date	26-06-2014
Comment	

## 3. AUDIT PROCESS

### 3.1 AUDITOR NOTES / SIGNIFICANT AUDIT TRAILS

Auditor	Date	Process	Contacts
Fredrik Cederquist	26-06-2014	Ledning	Per Arne Nordholts, Goran Karlsson
<b>Notes</b>			
<p>PAN Cert har ett miljöledningssystem för att hantera sin PEFC gruppcertifiering av skogsbrukare c:a 3700 medlemmar. Antalet har minskats i och med att VIDA har lämnat.</p> <p>Gruppcertifieringen omfattar även 31 stycken avverkningsorganisationer.</p> <p>Revision av skogsbrukare och avverkningsorganisationer har gjorts parallellt med denna revision. För den revisionen finns en särskild revisionsplan och rapport upprättad.</p> <p>Miljöpolicyen uppfyller krav. Miljömål finns upprättade med handlingsplaner</p> <p>Drt mål som finns upprättat är 85% godkända objekt. Utfallet under 2013 var 90% vilket är en förbättring. Orsak till förbättringen är att det varit färre grova anmärkningar som inneburit att objekten som helhet har underkänts. Tillskapandet av död ved har förbättrats</p> <p>PAN cert erbjuder skogsägare stöd att upprätta skogsbruksplan. Utbildning erbjuds genom skogsägareträffar. Mellan anslutna medlemmar och PAN cert finns avtal som reglerar ansvarsfördelning mellan skogsägare, paraplyorganisation och ombud. I paraplyorganisation finns VD med övergripande ansvar, en administrativ funktion, systemansvarig samt interna revisorer.</p> <p>Det finns en databas över alla registrerade skogsägare. I denna saknas information om avvikelser och ev korrigerande åtgärder. Se generell avvikelse om denna punkt. Statistik rapporteras in till PEFC enligt krav.</p> <p>Ledningen genomgång är genomförd. Protokollet uppfyller kraven med undantag från resultat från utvärdering av lagefterlevnad samt status på korrigerande åtgärder. Dessa punkter finns med i protokollet men det saknas underlag</p>			

Auditor	Date	Process	Contacts
Fredrik Cederquist	26-06-2014	Miljöledning	Per Arne Nordholts, Goran Karlsson

**Notes**

Det finns en generell laglista som är upprättad. Dessutom finns regelrätt skogsbruk tillgängligt i organisationen.

Aktualitet i lagkrav har granskats vid intern revision.

Det finns tillgång på tillämplig lagstiftning i organisationen.

De uppföljningsblanketter för intern revision som redovisats för certifieringsorganiet har innehållit referenser till lagstiftning i allmänna termer.

Verksamheten har inte förändrats på något sätt så att miljöaspekterna påverkats .

En checklista finns förtydligad (se bilaga) där delar av fältrapporten hänvisar till skogsvårdslagen och kulturminneslagen. Vid intern revision av avverkningsorganisationer fås underlag för utvärdering av arbetsmiljölagstiftning som berör verksamheten (AFS 2001:1). Detta godkänns som ett första steg. Underlaget för ledningens genomgång kommer att granskas vid kommande revisioner. Nedbrytning på delar av lagstiftning kommer även att följas upp liksom protokollet för ledningens genomgång UNDERLAG SOM VISAR ATT LAGSTIFTNING UTVÄRDERATS KAN INTE UPPVISAS. SE AVVIKELSE

Auditor	Date	Process	Contacts
Fredrik Cederquist	26-06-2014	Administration	Per Arne Nordholts, Goran Karlsson
Notes			
En ny resurs för intern revision har anlåtats Stefan Olheden. CV finns men granskades inte under denna revision			

Auditor	Date	Process	Contacts
Fredrik Cederquist	26-06-2014	Uppföljning	Per Arne Nordholts, Goran Karlsson

#### Notes

Interna uppföljningen av skogsbruksverksamheten består dels av en skogsägarenkät dels av internrevision på avverkade objekt och i anslutning till dessa kontroller av avverknings- organisationer. Enkätundersökningen omfattar 102 skogsägare slumpmässigt utvalda efter vägd arealstorlek där vi begär in uppgifter om utförda åtgärder under året, skogsbruksplan och skogsägarens uppfattning om erhållen information kring certifieringskraven.

Av enkäten framgår också storleken av självverksamheten inom de olika åtgärderna i förhållande till total behandlad arealen.

Slutavverkning 9,9 %

Gallring 31,4 %

Röjning 47,0 %

Plantering 25,7 %

21 skogsägare har inte vidtagit några åtgärder under året och 10 skogsägare upplever att informationen kring certifieringen varit bristfällig och efterlyser bl.a. informationsdagar och mer kontinuerlig information.

Internrevisioner av gallring och slutavverkning har genomförts på 115 styck objekt fördelade på 23 gallringar och 84 slutavverkningar samt 8 skogsägarrevisioner.

Revisionerna har utförts av Henrik Lindspång, Stefan Olheden och Anders Ekberg med resultat enligt nedan.

Resultatet är en klar förbättring jämfört med föregående revision och är bättre än vår målsättning för året dvs. 85 % godkända objekt. Största anledningen till resultatförbättringen är att lägstanivån har höjts dvs. de avvikelser som förekommer är av mindre karaktär som inte enskilt faller ett objekt.

Avvikelse på många revisionspunkter är flera 2013 än 2012 men av mindre grad som gör att objektet klarar sig från "ej godkänd". Fram för allt har tillskapandet av färsk död ved förbättrats vilket var en stor orsak till föregående års sämre resultat. Planeringsunderlag (TD med karta) är något som vi ständigt arbetar med för att höja kvalite och innehåll och där det fortfarande finns förbättringar att göra. Markskador och kulturmiljöer är också punkter som behöver lite ytterligare fokus.

Årets revisioner har genomförts i pågående eller nyligen avslutade objekt vilket har gett revisorerna möjlighet att säkerställa avverkningsorganisationernas arbete i realtid samt en bättre återkoppling till avverkningsorganisation/entreprenör.

#### UPPFÖLJNING AV TIDIGARE AVVIKELSER1. KORRIGERANDE ÅTGÄRDER

Genomgång med Göran Karlsson per telefon 2013-07-16: En avvikelse utifrån en objektsrevision kommer att hanteras enligt samma rutin som avvikelser kopplade till avverkningsorganisationen (se exempel i bilagor Maa, Frödinge) och kommuniceras till markägare. Det är vid objektsrevisionerna som efterlevnaden av PEFC skogsstandard görs. Dessa avvikelser kommer framöver att hanteras som ärenden och kopplas till avv organisation och skogsägare. Se bilaga "sammanställning intern revisioner spårbarhet 2012-1" för en modell hur sammanställningen kommer att göras. Det kommer därmed bli möjligt att följa avvikelser, orsaksanalyser och korrigerande åtgärder för avverkningsorganisationer och i tillämpliga fall skogsägare I avvikelserna kommer att anges referens till revisionskriterier (krav i PEFC standard eller annat krav) Tillämpningen av denna avvikelse kommer att följas upp under höstens revision. DENNA ÄR INTE GENOMFÖRD SOM DET REDOVISATS. INGA ÅTGÄRDSÄRENDEN KAN UPPVISAS KOPPLADE TILL OBJEKTSREVISIONERNA

#### ANVISNING I PEFC SWE 004

Mindre avvikelse: Avvikelse från gällande standardkrav som inte medför betydande risk för negativa miljö- och/eller produktionseffekter eller försämrad arbetsmiljö.

o Åtgärd: Skriftlig anmärkning med krav på korrigerande åtgärd då sådan är möjlig.

Upprepad mindre avvikelse leder till stor avvikelse.

Större avvikelse: Avvikelse från gällande standardkrav som medför betydande risk för negativa miljö- och/eller produktionseffekter eller försämrad arbetsmiljö.

o Åtgärd: Skriftlig information till den anslutne om att förutsättningar föreligger för uppsägning av Avtalet om gruppcertifiering. Därefter begärs yttrande från den

anslutne. Om ingen godtagbar förklaring föreligger inom rimlig tid efter påpekandet sägs gruppcertifieringsavtalet upp. Dokumentation av avvikelser ska ske på för ändamålet särskilt utformad blankett. För uppsägning av bevis gällande gruppcertifiering krävs större avvikelse från gällande regler för PEFC certifiering enligt ovan. Uppsägning ska fastställas av behörig chef inom paraplyorganisationen efter prövning av att förutsättningar för uppsägning föreligger. Uppsägning av PEFC gruppcertifiering ska meddelas den anslutne skriftligt med begäran om återsändande av utfärdat Bevis om gruppcertifiering. Den som fått PEFC gruppcertifiering uppsagd kan begära prövning enligt Svenska PEFC rutin för tvistehantering (PEFC SWE 001, kapitel 11 ).

## 3.2 AUDIT SUMMARY REPORT PER STANDARD ISO 14001:2004

Clauses	Department / Activity / Process												Total
	Ledning	Miljöledning	Administration	Uppföljning									
4.1 Generella krav	<input type="checkbox"/>												
4.2 Miljöpolicy	<input type="checkbox"/>												
4.3 Planering													
4.3.1 Miljöaspekter		<input type="checkbox"/>											
4.3.2 Lagar och andra krav		<input type="checkbox"/>											
4.3.3 Övergripande mål, detaljerade mål och handlingsplaner	<input type="checkbox"/>												
4.4 Införande och drift													
4.4.1 Resurser, roller, ansvar och befogenheter	<input type="checkbox"/>												
4.4.2 Kompetens, utbildning och medvetenhet													
4.4.3 Kommunikation			<input type="checkbox"/>										
4.4.4 Dokumentation			<input type="checkbox"/>										
4.4.5 Dokumentstyrning			<input type="checkbox"/>										
4.4.6 Verksamhetsstyrning													
4.4.7 Beredskap och agerande vid nödlägen													
4.5 Uppföljning													
4.5.1 Övervakning och mätning				<input type="checkbox"/>									
4.5.2 Utvärdering att lagar och andra krav följs	1			<input type="checkbox"/>									1
4.5.3 Avvikelse, korrigerande och förebyggande åtgärder		1		<input type="checkbox"/>									1
4.5.4 Redovisande dokument			<input type="checkbox"/>										
4.5.5 Intern revision													
4.6 Ledningens genomgång	<input type="checkbox"/>												
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>											<b>2</b>
Exclusions	justification												
	No exclusion												

## 3.3 NON CONFORMITY REPORT

Non conformities detailed herein shall be addressed through the organization's corrective action process, in accordance with the relevant corrective action requirements of the audit standard.

Hereunder you will find Bureau Veritas Certification requirements for:

- expected timelines to address the nonconformity (a)
- response content (b)

### Expected timelines to address the non conformity (a)

Corrections and Corrective actions (if possible) to address identified major nonconformities shall be carried out immediately. Correction, Root Cause Analysis and Corrective action plan together with satisfactory evidences of implementation shall be submitted within **90 days after the last day of the audit unless Bureau Veritas Certification and client agree on a longer period of time.**

Review of nonconformities is done through desktop review. However, depending of severity of the findings, our auditor may perform a follow up visit to confirm the actions taken, evaluate their effectiveness, and determine whether certification can be recommended or continued.

For a minor nonconformity, correction, root cause analysis and corrective action plan shall be approved by the team leader and verification of implementation and effectiveness of corrective action(s) taken will be performed at the next visit.

It is recommended that the Client provide responses early to allow time for additional reviews if needed.

For recertification time limits to address nonconformities will be defined by the team leader in order to have them implemented prior to expiration of certification.

Any responses to the nonconformities which were raised may be either in hard copy or electronically using the NCR herein (preferred) and forwarded to the Bureau Veritas Certification office.

### Expected response content (b)

Client response to NCR should be reviewed by the lead auditor in three parts; correction, root cause analysis and corrective actions.

In reviewing the three parts, the auditor looks for a plan and then evidence that plan is being implemented.

### Correction

1. The extent of the nonconformity has been determined (NCR has been corrected & the client has examined the system to see if there are other examples that need to be corrected). Ensure that correction answers the question "Is this isolated case or not?" in other words "Is there a risk that this can reoccur at the other site / department?"
2. If correction cannot be immediate; a plan to correct the NCR may be appropriate (responsible & date).
3. Evidence that the correction was implemented or evidence that the plan is being implemented.

### Root Cause Analysis

1. The Root Cause is not simply repeating the finding, neither is the direct cause of the issue.
2. Well thought out analysis to determine the true root cause: e.g. someone did not follow a process would be direct cause; determining why someone did not follow a process would lead to the true root cause.
3. The root cause statement must focus on a single issue without any obvious "why" questions remaining.  
If a "why" question can reasonably be asked about the root cause analysis, this indicates that the analysis did not go far enough.
4. Ensure that the root cause answers the question, "What in the system failed such that the problem occurred?"
5. Blaming the employee will not be accepted as the only root cause
6. Address problems with the process as well as what detection system failed

### Corrective Action

1. The corrective action or corrective action plan addresses the root cause(s) determined in the root cause analysis. If you have not defined true root cause you cannot prevent the problem from its reoccurrence
2. In order to accept the plan it shall include;
  - actions to address the root cause(s)
  - identification of responsible parties for the actions and
  - a schedule (dates) for implementation.
  - always include a "change" to your system. Training and/or publishing a newsletter are generally not changes to your system
3. In order to accept the evidence of implementation:
  - a. Enough evidence is provided to show the plan is being implemented as outlined in the response (and on schedule).
  - b. Note: Evidence in full is not required to close the NCR; some evidence may be reviewed during future audit when verifying the corrective actions.



## To be completed by Bureau Veritas

Date	Organization	Contract n°	Report n°	
26-06-2014	PANCERT AB	7487709	14KS1FCE01	
Non Conformity Observed During		1st Surveillance audit		
Process		Miljöledning		
Standard		ISO 14001:2004		
Clause		4.5.3 Avvikelse, korrigerande och förebyggande åtgärder		
Non Conformity Description				
<p>En avvikelse utifrån en objektsrevision kommer att hanteras enligt samma rutin som avvikelser kopplade till avverkningsorganisationen (se exempel i bilagor Maa, Frödinge) och kommuniceras till markägare. Det är vid objektsrevisionerna som efterlevnaden av PEFC skogsstandard görs. Dessa avvikelser kommer framöver att hanteras som ärenden och kopplas till avv organisation och skogsägare</p> <p>Standardkrav 4.5.3 Avvikelse, korrigerande och förebyggande åtgärder Organisationen skall upprätta, införa och underhålla rutiner för att hantera inträffade eller tänkbara avvikelser och för att vidta korrigerande och förebyggande åtgärder. Rutinerna skall ange krav för att:</p> <p>a) identifiera och korrigera avvikelser och vidta åtgärder för att mildra deras miljöpåverkan; b) undersöka avvikelser, identifiera vad som har orsakat avvikelserna och vidta åtgärder för att förhindra att avvikelserna upprepas; c) utvärdera behov av åtgärder för att förhindra avvikelser och vidta lämpliga åtgärder för att förhindra att avvikelserna inträffar; d) dokumentera resultaten av korrigerande och förebyggande åtgärder; e) granska effekten av korrigerande och förebyggande åtgärder; Varje åtgärd skall vara ändamålsenlig i förhållande till problemens storlek och den miljöpåverkan som har uppstått. Organisationen skall säkerställa att varje nödvändig förändring av dokumentationen av miljöledningssystemet görs.</p> <p>Se även krav på avvikelshantering i PEFC SWE 004. Dessa finns även i denna rapport under rubrik uppföljning</p>				
Grade	Lead Auditor	Auditor		Organization Rep.
Major	Fredrik Cederquist	Fredrik Cederquist		Per Arne Nordholts
To be completed before				
26-09-2014	FCE	392656	FCE	392656

## To be completed by the organization

Root Cause Analysis (What failed in the system to allow this non conformity to occur ?)
–
.
Correction and Corrective Action (enter at least one correction and one corrective action)
–
.

Implementation of Corrective Actions	Date of Completion	–
	Org. Representative	–

### To be completed by Bureau Veritas

Verification of corrective Actions	Date	Status	Auditor
		Waiting Verification	Fredrik Cederquist
Comment			

## To be completed by Bureau Veritas

Date	Organization	Contract n°	Report n°	
26-06-2014	PANCERT AB	7487709	14KS1FCE02	
Non Conformity Observed During		1st Surveillance audit		
Process		Ledning		
Standard		ISO 14001:2004		
Clause		4.5.2 Utvärdering att lagar och andra krav följs		
Non Conformity Description				
Det saknas ett underlag till ledningen genomgång som beskriver den utvärdering av hur organisationen efterlever tillämplig lagstiftning.				
Det går inte att få en uppfattning om vilka delar lagstiftningen som granskats				
Standardkrav				
4.5.2.1 Enligt organisationens åtagande om att följa lagkrav, skall den upprätta, införa och underhålla rutiner för att regelbundet utvärdera att tillämpliga lagkrav följs.				
Organisationen skall bevara redovisande dokument från den regelbundna utvärderingen.				
Grade	Lead Auditor	Auditor		Organization Rep.
Major	Fredrik Cederquist	Fredrik Cederquist		Per Arne Nordholts
To be completed before				
26-09-2014	FCE	392656	FCE	392656

## To be completed by the organization

Root Cause Analysis (What failed in the system to allow this non conformity to occur ?)	
-	
Correction and Corrective Action (enter at least one correction and one corrective action)	
-	
Implementation of Corrective Actions	Date of Completion
	-
	Org. Representative
	-

## To be completed by Bureau Veritas

Verification of corrective Actions	Date	Status	Auditor
		Waiting Verification	
Comment			

## 4. PERFORMANCE TO DATE

Non conformity number	Non conformity description	Process	Standard	Clause	Grade	Issued Date	Date of Completion	Verification of Corrective action
14KS1FCE01	<p>En avvikelse utifrån en objektsrevision kommer att hanteras enligt samma rutin som avvikelser kopplade till avverkningsorganisationen (se exempel i bilagor Maa, Frödinge) och kommuniceras till markägare. Det är vid objektsrevisionerna som efterlevnaden av PEFC skogsstandard görs. Dessa avvikelser kommer framöver att hanteras som ärenden och kopplas till av organisation och skogsägare</p> <p>Standardkrav 4.5.3 Avvikelse, korrigerande och förebyggande åtgärder Organisationen skall upprätta, införa och underhålla rutiner för att hantera inträffade eller tänkbara avvikelser och för att vidta korrigerande och förebyggande åtgärder. Rutinerna skall ange krav för att: a) identifiera och korrigera avvikelser och vidta åtgärder för att mildra deras miljöpåverkan; b) undersöka avvikelser, identifiera vad som har orsakat avvikelserna och vidta åtgärder för att förhindra att avvikelserna upprepas; c) utvärdera behov av åtgärder för att förhindra avvikelser och vidta lämpliga</p>	Miljöledning	ISO 14001:2004	4.5.3 Avvikelse, korrigerande och förebyggande åtgärder	Major	26-06-2014	–	–

Non conformity number	Non conformity description	Process	Standard	Clause	Grade	Issued Date	Date of Completion	Verification of Corrective action
	<p>åtgärder för att förhindra att avvikelserna inträffar;  d) dokumentera resultaten av korrigerande och förebyggande åtgärder;  e) granska effekten av korrigerande och förebyggande åtgärder;  Varje åtgärd skall vara ändamålsenlig i förhållande till problemets storlek och den miljöpåverkan som har uppstått.  Organisationen skall säkerställa att varje nödvändig förändring av dokumentationen av miljöledningssystemet görs.</p> <p>Se även krav på avvikelshantering i PEFC SWE 004. Dessa finns även i denna rapport under rubrik uppföljning</p>							
14KS1FCE02	<p>Det saknas ett underlag till ledningen genomgång som beskriver den utvärdering av hur organisationen efterlever tillämplig lagstiftning.</p> <p>Det går inte att få en uppfattning om vilka delar lagstiftningen som granskats</p> <p>Standardkrav  4.5.2.1 Enligt organisationens åtagande om att följa lagkrav, skall den upprätta, införa och underhålla rutiner för att regelbundet utvärdera att tillämpliga lagkrav följs.</p> <p>Organisationen skall bevara redovisande dokument från den regelbundna</p>	Ledning	ISO 14001:2004	4.5.2 Utvärdering att lagar och andra krav följs	Major	26-06-2014	–	–

Non conformity number	Non conformity description	Process	Standard	Clause	Grade	Issued Date	Date of Completion	Verification of Corrective action
	utvärderingen.							

## 5. EXECUTIVE AUDIT SUMMARY

### 5.1 SUMMARY OF AUDIT FINDINGS

N° of Non Conformities recorded	Major 2	Minor 0
Is a follow up audit required	No	
Follow up audit start date		
Duration (days)	0	
Actual follow up date(s)	~	

## 5.2 OBSERVATIONS

1. Det framgår inte av ledningssystemet hur man ska hantera kraven på grundutbildning i PEFC 002. I denna finns krav på att samtlig personal som utför planering eller arbetsledning ska ha motsvarande SYN kurser. Dessa ska uppdateras var 5 år.



## 6. TEAM LEADER RECOMMENDATIONS

Standard	Accreditation	Certificate Copies	Language
ISO 14001:2004	SWEDAC	0	Swedish

<b>Standard</b>	ISO 14001:2004
<b>Recommendation</b>	Maintain Certification
<b>Reason for issue or change of the certificate</b>	

# 7. AUDIT PROGRAMME ISO 14001:2004

Sites	Audits		
	Main	Surv1	Surv2
PANCERT AB - Head Office	1	1	1
Man Days	1	1	1

Tentative number of days for recertification	
--	--

Date	09-07-2014	Prepared / revised by	Fredrik Cederquist
Comment			

# 8. NEXT VISIT AUDIT PLAN

Date - Time Activity	Site Name	Process	Auditor	Comment
-	Clause :			

Audit plan preparation date	26-06-2015
Comment	