



Dit pdf bestand bevat alle beschikbare talen van het opgevraagde document.

Ce fichier pdf reprend toutes langues disponibles du document demandé.

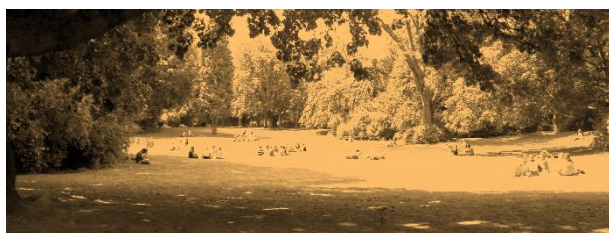
This pdf file contains all available languages of the requested document.

Dieses PDF-Dokument enthält alle vorhandenen Sprachen des angefragten Dokumentes.

COPRO vzw - Onpartijdige instelling voor de controle van bouwproducten
COPRO asbl - Organisme impartial de contrôle de produits pour la construction
COPRO - A not-for-profit impartial product control body for the construction industry

Z.1. Researchpark - Kranenberg 190 - BE-1731 Zellik (Asse)
T +32 (0)2 468 00 95 - info@copro.eu - www.copro.eu

KBC IBAN BE20 4264 0798 0156 - BIC KREDBEBB - BTW/TVA/VAT BE 0424.377.275 - RPR Brussel/RPM Bruxelles/RLP Brussels



NIWE Certificatiereglement

Voor opdrachtgevers



www.niwe.be

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD.....	3
1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN.....	4
2 TOEPASSINGSGEBIED.....	6
3 DE BEHEERDER VAN HET CERTIFICATIESCHEMA.....	7
3.1 TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN.....	7
3.2 WIJZIGINGEN VAN DE EISEN.....	7
4 ADVIESRAAD.....	8
4.1 DOEL.....	8
4.2 HUISHOUELIJK REGLEMENT.....	8
5 CERTIFICATIE-INSTELLING.....	10
5.1 AANSTELLING.....	10
5.2 CORRESPONDENTIE.....	11
5.3 DE AANVRAAGPROCEDURE.....	11
5.4 GEHEIMHOUDING.....	11
6 DE OPDRACHT VAN DE CERTIFICATIE-INSTELLING.....	12
6.1 CERTIFICATIE-OVEREENKOMST.....	12
6.2 HET TOELATINGSONDERZOEK.....	13
6.3 BESLISSING TOELATING EN CERTIFICATIEVERLENING.....	15
6.4 HET OPVOLGINGSONDERZOEK.....	15
6.5 BETEKENIS, INHOUD, GELDIGSHEIDSDUUR VAN HET CERTIFICAAT.....	18
6.6 OPENBAARMAKING DOOR DE CERTIFICATIE-INSTELLING.....	18
6.7 BEËINDIGING CERTIFICATIE-OVEREENKOMST.....	19
6.8 KLACHTEN.....	19
6.9 ONEIGENLIJK GEBRUIK VAN CERTIFICAAT EN CERTIFICATIE-LOGO.....	20
7 OPENBAARMAKING DOOR DE CERTIFICAATHOUDER.....	22
7.1 OPENBAARMAKING DOOR DE CERTIFICAATHOUDER.....	22
BIJLAGE 1 Auditdagentabel.....	23
BIJLAGE 2 VERIFICATIEMATRIX.....	24

VOORWOORD

Dit certificatiereglement is onder impuls van COPRO tot stand gekomen en voorgelegd aan de adviesraad van het NIWE Label. Deze adviesraad begeleidt de uitvoering van de certificering inzake het natuurinclusief werken en stelt waar nodig dit certificatiereglement bij. In deze adviesraad zijn de belanghebbende partijen inzake natuurinclusief werken vertegenwoordigd: gebruikers – openbare instellingen – experts – certificatie-instellingen.

Dit certificatiereglement moet in samenhang met de NIWE Voorschriften gehanteerd worden bij de certificering van het natuurinclusief werken voor opdrachtgevers. In dit certificatiereglement zijn de voorwaarden bij certificatie voor de certificatie-instelling en voor de aanvrager van het certificaat vastgelegd. de Voorschriften leggen de criteria vast waaraan het managementsysteem van de aanvrager moet voldoen om het certificaat natuurinclusief werken te verkrijgen.

Het spreekt voor zich dat dit certificatiereglement altijd verder zal evolueren op basis van de noden en ontwikkelingen inzake natuurinclusief werken.

Deze versie is goedgekeurd door de adviesraad van het NIWE Label op 19 januari 2024.

1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Aanvrager	De stad of gemeente die het certificaat aanvraagt.
Adviesraad	Het door de beheerder ingestelde comité waarin partijen die een aanzienlijk belang hebben bij de ontwikkeling van de beleidslijnen en principes met betrekking tot de inhoud en de werking van een certificatieschema kunnen deelnemen. De adviesraad functioneert in overeenstemming met het huishoudelijk reglement opgenomen in dit certificatiereglement.
Audit	De toetsing door de certificatie-instelling van het te certificeren Zorgsysteem van de organisatie aan de eisen opgenomen in de Voorschriften. Een audit heeft eveneens tot doel na te gaan of de organisatie op een correcte manier gebruik maakt van het certificaat en het bijbehorende logo.
Beheerder	Organisatie die Het certificatieschema voor het NIWE Label beheert.
Beroepscomité	Comité opgericht door een certificatie-instelling om het beroep van een aanvrager te behandelen tegen beslissingen van de certificatiecomité van de certificatie-instelling. Het betreft een beslissing om het certificaat niet toe te kennen, op te schorten of in te trekken.
Certificaat	Een document, uitgegeven door de certificatie-instelling, waarmee de certificatie-instelling aangeeft dat het NIWE Label van een organisatie geacht wordt blijvend te voldoen aan de eisen die zijn vastgelegd in de NIWE Voorschriften.
Certificaathouder	Organisatie die een certificaat voor het NIWE Label heeft behaald.
Certificatie	Onder certificatie wordt in dit reglement verstaan de door de certificatie-instelling uitgevoerde activiteiten op grond waarvan de certificatie-instelling verklaart dat het managementsysteem van de organisatie die het certificaat aanvraagt, voldoet aan de eisen opgenomen in de NIWE Voorschriften voor opdrachtgevers.
Certificatie-instelling	Een organisatie die de certificatie verricht volgens ISO/IEC 17021: Conformity assessment – Requirements for bodies providing audit and certification of management systems.
Certificatie-logo	Monogram dat de certificatie visualiseert.
Certificatie-overeenkomst	Een overeenkomst, waarin de rechten en plichten van de aanvrager van het certificaat en de certificatie-instelling ten opzichte van elkaar zijn vastgelegd. De certificatie-overeenkomst omvat zowel de voorwaarden van het toelatingsonderzoek als het opvolgingsonderzoek.
Certificatiecomité	Comité opgericht door een certificatie-instelling om certificatiebeslissingen te nemen. Hiermee wordt een strikte

scheiding mogelijk tussen de auditor en de beslissingsnemer van een certificatedossier.

Certificatieschema voor het NIWE Label

Het certificatiesysteem met eigen procedures en regels voor het uitvoeren van de certificatie van het NIWE Label, vastgelegd in het Certificatiereglement en de Voorschriften. Door dit schema toe te passen kan de certificatie-instelling vaststellen of voldaan wordt aan de eisen opgenomen in de Voorschriften en toezicht uitoefenen opdat na verlening van het certificaat bij voortdurend wordt voldaan aan de geldende eisen.

Expert

Studiebureau, onderzoeksinstelling.

Gebruiker

Steden en gemeenten; gebruiker van het certificaat uit de publieke sector.

Niet-kritische tekortkoming

(minor non conformity): er is een objectief bewijs waarbij op termijn moet getwijfeld worden of aan een of meerdere eisen in de Voorschriften blijvend zal voldaan worden.

Managementsysteem

Het certificeerbaar managementsysteem voor steden en gemeenten in de NIWE Voorschriften.

2 TOEPASSINGSGEBIED

Dit certificatiereglement is van toepassing op de verlening van het NIWE Label voor steden en gemeenten. De eisen waaraan het Managementsysteem moet voldoen zijn opgenomen in de NIWE Voorschriften.

3 DE BEHEERDER VAN HET CERTIFICATIESCHEMA

3.1 TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN

3.1.1 Taken

De beheerder van het certificatieschema is de verantwoordelijke uitgever van de Voorschriften en het Certificatiereglement. Om deze documenten te laten evolueren volgens de noden en ontwikkelingen inzake natuurinclusief werken, wordt de beheerder bijgestaan door een adviesraad (zie Hoofdstuk 4). De beheerder stelt daartoe deze adviesraad samen en organiseert haar vergaderingen, volgens de bepalingen van het huishoudelijk reglement (zie art. 4.2).

De beheerder ontwikkelt en beheert een website waarop de Voorschriften en het Certificatiereglement kunnen gedownload worden:

<https://www.niwe.be>

Op deze website is de lijst certificatie-instellingen beschikbaar (Hoofdstuk 5). Tevens worden daarop, op aangeven van de certificatie- instellingen, de volgende gegevens vermeld:

- de certificaathouders;
- de certificatie-instelling die het certificaat uitgereikt heeft;
- de geldigheidsperiode van het certificaat.

Als de certificatie-instelling informatie publiceert op haar website betreffende uitgereikte certificaten, kan de beheerder daar ook naar verwijzen. De certificatie-instelling bezorgt de beheerder de juiste informatie en updates, zodat die de website optimaal bijgewerkt kan houden.

3.1.2 Verantwoordelijkheden

De beheerder heeft geen enkele bevoegdheid en verantwoordelijkheid inzake de certificatiebeslissingen die door de individuele certificatie-instellingen genomen worden tijdens de certificatieprocedure van de aanvrager.

3.2 WIJZIGINGEN VAN DE EISEN

3.2.1 Overgangstermijn

De beheerder informeert de certificatie-instellingen over een te verwachten wijziging van de Voorschriften en het Certificatiereglement, de datum waarop de wijziging bindend wordt en de eventuele overgangstermijn. De beheerder vermeldt eveneens op haar website de datum waarop de wijziging bindend wordt en de eventuele overgangstermijn.

De beheerder bepaalt tevens de datum tegen wanneer de certificatie-instellingen de aanvragers en certificaathouders op de hoogte moeten brengen van deze wijziging, de datum waarop de wijziging bindend wordt en de eventuele overgangstermijn.

4 ADVIESRAAD

4.1 DOEL

Een adviesraad wordt opgericht om alle partijen met een aanzienlijk belang in deze certificatieprocedure, indien inspraak gewenst, te kunnen laten deelnemen. De adviesraad wordt opgericht door de beheerder van het certificatieschema.

4.2 HUISHOUDELIJK REGLEMENT

4.2.1 Samenstelling

4.2.1.1 De effectieve leden zijn normalerwijs vertegenwoordigers van tenminste volgende betrokken partijen: openbare instellingen, gebruikers en experts. De leden worden door de beheerder uitgenodigd na goedkeuring van hun kandidatuur. Binnen de adviesraad heerst een evenwicht tussen de verschillende belangen. Uit praktische overwegingen zal het aantal leden beperkt gehouden worden.

Alleen de geregistreerd vertegenwoordigers (= effectieve leden en/of hun plaatsvervangers) mogen deelnemen.

4.2.1.2 De beheerder kan, al dan niet op vraag van de adviesraad, een expert uitnodigen om een vergadering van de adviesraad bij te wonen.

4.2.1.3 De voorzitter en ondervoorzitter worden verkozen onder de leden van de adviesraad, voor een periode van 3 jaar. Na afloop van deze periode wordt een nieuwe voorzitter of ondervoorzitter verkozen of wordt het mandaat stilzwijgend verlengd voor een periode van 3 jaar.

4.2.2 Taken en bevoegdheden

4.2.2.1 De adviesraad begeleidt het functioneren van het certificatieschema en stelt de noodzakelijke wijzigingen van het Certificatiereglement en de Voorschriften op. De adviesraad kan daarbij de gegevens verkregen op basis van artikel 6.10.1. hanteren.

4.2.2.2 De adviesraad geeft de beheerder advies met betrekking tot:

- a) de aard en de inhoud van het certificatieschema;
- b) eisen en methoden van onderzoek, die aan de basis liggen van het certificatiesysteem;
- c) de frequentie waarmee audits moeten worden herhaald om vast te stellen of bij voortduring aan de gestelde eisen wordt voldaan;
- d) de voorschriften voor het gebruik en de betekenis van het certificaat en het certificatie-logo.

4.2.2.3 De adviesraad mag niet tussenkomen, noch bij de evaluatie, noch bij de beslissing van de toekenning van het certificaat van individuele dossiers.

4.2.2.4 De adviesraad begeleidt het functioneren van het certificatieschema van het NIWE Label.

Deze adviesraad mag niet verward worden met het onpartijdigheidscomité van een certificatie-instelling dat het onpartijdig functioneren van hun organisatie begeleidt in het kader van ISO/IEC 17021-1 (ISO/IEC 17021: Conformity assessment – Requirements for bodies providing audit and certificatie of management systems).

4.2.3 Werking

4.2.3.1 De adviesraad vergadert minimaal 1 keer per 2 jaar.

Bij het opstellen van de reglementen en in functie van het goed functioneren van het certificatieschema komt de adviesraad zo vaak als noodzakelijk samen.

De beheerder kan de adviesraad ook schriftelijk (bijvoorbeeld per e-mail) consulteren.

4.2.4 Procedure

De beheerder beschikt over een interne procedure in verband met de aanstelling van de adviesraad, stemverdeling en algemene werking. De adviesraad wordt in kennis gesteld van eventuele wijzigingen in deze interne procedure.

5 CERTIFICATIE-INSTELLING

5.1 AANSTELLING

5.1.1 Eisen aan de certificatie-instelling

De certificatie zoals bedoeld in dit reglement wordt verricht door een certificatie-instelling die door de beheerder bevoegd wordt verklaard voor het certificatieschema van het NIWE Label en werkt volgens de principes van NBN EN ISO/IEC 17021-1. De auditor(s) van de certificatie-instelling beschikt over voldoende technische kennis inzake natuurinclusief werken om de aanvrager te kunnen beoordelen.

5.1.2 Aanvraag

Een certificatie-instelling die over de betreffende auditoren beschikt en wil aangesteld te worden door de beheerder om certificatedossiers in het kader van het NIWE Label te behandelen, meldt dat schriftelijk bij de beheerder. De certificatie-instelling voegt een kopie van het bewijs van bekwaamheid van de auditoren bij dit schrijven.

5.1.3 Overeenkomst

Bij goedkeuring ontvangt de certificatie-instelling een overeenkomst van de beheerder. Deze overeenkomst impliceert dat de certificatie-instelling gebruik maakt van het certificatieschema van de beheerder en deelneemt aan de werkzaamheden van de door de beheerder opgerichte adviesraad door middel van rapportering overeenkomstig artikel 6.10.

5.1.4 Toezicht

De beheerder bewaakt de kwaliteit van de uitgevoerd audits door jaarlijks audits van de certificatie-instelling bij te wonen. De beheerder gaat daarvoor de planning opvragen bij de certificatie-instelling. Op basis van deze lijst kiest de beheerder welke audits zullen worden bijgewoond. De certificatie-instelling wordt jaarlijks geaudit of de principes van NBN EN ISO/IEC 17021-1 worden gevolgd.

Als er significante tekortkomingen worden vastgesteld tijdens de bijwoningen of de audit, kan dat leiden tot het verbreken van de overeenkomst van de beheerder met de certificatie-instelling.

5.1.4 Overzicht aangestelde certificatie-instellingen

De lijst van de aangestelde certificatie-instellingen is beschikbaar op de website ontwikkeld door de beheerder (zie 3.1).

Een aanvrager die de certificatieprocedure wil doorlopen, neemt contact op met de certificatie-instelling van zijn keuze.

5.2 CORRESPONDENTIE

5.2.1 Wijzigingen

Als er zich bij de aanvrager of certificaathouder wijzigingen voordoen, dan moet hij de certificatie-instelling daarvan op de hoogte brengen. Het betreft onder andere (maar niet limitatief) wijzigingen in: het toepassingsgebied, de organisatie en het management, naam en adres van de organisatie. De certificatie-instelling brengt de aanvrager of certificaathouder vervolgens op de hoogte van eventuele noodzakelijke wijzigingen in de certificatie-overeenkomst, het certificaat of bijkomende gedeeltelijke of gehele audit.

5.3 DE AANVRAAGPROCEDURE

5.3.1 Aanvraag

Een aanvrager kan de certificatie-instelling verzoeken informatie en/of verdere toelichting te verschaffen over de aanvraagprocedure, het Certificatiereglement en de Voorschriften, de werkwijze en de kosten die aan de certificatie verbonden zijn. Op verzoek van de aanvrager zal de certificatie-instelling een aanbieding maken in de vorm van een voorstel van certificatie-overeenkomst (zie art. 6.1).

5.4 GEHEIMHOUDING

5.4.1 Vertrouwelijkheid

De medewerkers van de certificatie-instelling zijn verplicht tot geheimhouding tegenover derden over alle vertrouwelijke informatie waarvan zij kennis nemen als gevolg van de uitvoering van hun certificatie-opdracht, behoudens in geval van:

- Wettelijke verplichtingen. De certificatie-instelling brengt in dat geval de aanvrager of certificaathouder daarvan op de hoogte;
- Verplichtingen tot het verschaffen van inzage over certificatiwerkzaamheden aan de beheerder;
- Bij het beroepscomité ingesteld beroep tegen een uitspraak of beslissing van de certificatie-instelling.

Bij de inschakeling van externe deskundigen bij de uitvoering van de certificatie-opdracht, moeten die een verklaring ondertekenen, waarin deze geheimhoudingsplicht is geregeld.

6 DE OPDRACHT VAN DE CERTIFICATIE-INSTELLING

6.1 CERTIFICATIE-OVEREENKOMST

6.1.1 Modaliteiten

Voor de uitvoering van de certificatie-opdracht sluiten de aanvrager en de certificatie-instelling een certificatie-overeenkomst waarin ten minste is vastgelegd:

- De verplichting van de aanvrager om altijd te voldoen aan de bepalingen ten aanzien van de certificatie vastgelegd in het certificatie-reglement en de NIWE Voorschriften;
- De vergoeding van de certificatie-instelling en betalingsvoorwaarden.

6.1.2 Toelatingsonderzoek

Na ontvangst van de door de aanvrager ondertekende certificatie-overeenkomst start de certificatie-instelling zijn opdracht, beginnende bij het toelatingsonderzoek.

6.1.3 Geldigheidsduur

De certificatie-overeenkomst heeft in principe geen einddatum.

6.2 HET TOELATINGSONDERZOEK

6.2.1 Toelatingsonderzoek (initiële audit)

6.2.1.1 Het toelatingsonderzoek of initiële audit verloopt in 2 fasen:

Fase 1 bestaat uit een documentbeoordeling om na te gaan of de aanvrager voldoende voorbereid is op de eigenlijke audit. Om de documentbeoordeling te kunnen uitvoeren, bezorgt de aanvrager volgende documenten aan de certificatie-instelling (zie eveneens Bijlage 2: Verificatiematrix):

- Het beleidsplan, doelstellingen volgens Hoofdstuk 5.2 en 6.1.1 van de Voorschriften en het bijbehorende actieplan;
- Organogram en overzicht vaardigheden personeel;
- Communicatieplan volgens Hoofdstuk 7.4 van de Voorschriften;
- Overzicht projecten;
- Voorbeeld bestektekst.

Binnen de 20 werkdagen na ontvangst van deze documenten, worden ze door de certificatie-instelling beoordeeld.

Wanneer uit de documentbeoordeling blijkt dat het Managementsysteem van de aanvrager nog niet voldoende gevorderd is om aan de eisen te voldoen, zal de uitvoering van fase 2 worden uitgesteld totdat de aanvrager corrigerende maatregelen genomen heeft.

De aanvrager kan desgewenst de certificatie-instelling verzoeken om een proefaudit.

Als de documentbeoordeling positief is, maakt de certificatie-instelling een afspraak met de aanvrager voor het uitvoeren van fase 2.

In fase 2 wordt de implementatie en de effectiviteit van het systeem geëvalueerd door middel van een audit bij de aanvrager. De certificatie-instelling maakt daarbij gebruik van de verificatiematrix (zie Bijlage 2). De auditduur wordt bepaald op basis van de auditdagentabel in Bijlage 1. Op basis van de projectenlijst wordt door de auditor een evenwichtige en realistische steekproef opgesteld. Tijdens de audit is minimaal één lid van het management en/of bestuur van de aanvrager beschikbaar ter beoordeling van de eisen van Hoofdstuk 5 van de Voorschriften.

De aanvrager mag tijdens het toelatingsonderzoek niet de indruk wekken dat zijn managementsysteem reeds gecertificeerd is. Zo niet zijn de bepalingen van artikel 6.9.2 van toepassing.

6.2.2 Rapportage

6.2.2.1 De certificatie-instelling legt de documentbeoordeling van fase 1 in een rapport vast.

6.2.2.2 De auditor deelt zijn bevindingen mee over de mate van conformiteit van het geëvalueerde Managementsysteem aan de Voorschriften, door middel van:

- een bespreking met (minimaal) één lid van het management en/of bestuur van de aanvrager,
- de ingevulde verificatiematrix,
- een formulier met de vastgestelde tekortkomingen waarop die worden beschreven. De formulieren worden voor akkoord aangeboden aan de aanvrager.

6.2.3 Follow-up van tekortkomingen

6.2.3.1 Als de aanvrager akkoord gaat met de inhoud van het rapport van het toelatingsonderzoek, worden door de aanvrager corrigerende maatregelen en acties ter verbetering van de kritische tekortkomingen en preventieve maatregelen en acties voor de niet-kritische tekortkomingen voorgesteld. D worden vervolgens door de certificatie-instelling beoordeeld.

In geval van een kritische tekortkoming heeft de aanvrager vervolgens maximaal 3 maanden (zie art. 6.2.10) de tijd om die te verhelpen. Daarna voert de certificatie-instelling een nieuwe (indien mogelijk beperkte) verificatie uit om na te gaan of conformiteit kan worden vastgesteld met de Voorschriften. Het rapport wordt dan aangevuld met de nieuwe bevindingen en het toelatingsonderzoek wordt afgerond.

In geval van alleen niet-kritische tekortkomingen, wordt het plan van aanpak van de preventieve maatregelen beoordeeld en het toelatingsonderzoek afgerond. De implementatie van het plan van aanpak wordt tijdens de volgende opvolgingsaudit geëvalueerd (zie art. 6.4.2).

6.2.3.2 Als de aanvrager niet akkoord gaat met de inhoud van het rapport van het toelatingsonderzoek, bijvoorbeeld met betrekking tot een vastgestelde kritische tekortkoming, dan kan de aanvrager dat aangetekend schriftelijk mededelen aan de certificatie-instelling. Deze schriftelijke mededeling moet binnen de 5 dagen na de audit bij de certificatie-instelling toekomen.

De certificatie-instelling geeft binnen de 14 dagen na ontvangst van de mededeling van de aanvrager, eveneens een aangetekend schriftelijk antwoord. Daarbij kan de certificatie-instelling, na de bevindingen van de audit nogmaals overwogen te hebben, van oordeel zijn dat de opmerkingen van de aanvrager geheel of gedeeltelijk gegrond zijn. Als de aanvrager opnieuw binnen de 14 dagen, schriftelijk akkoord gaat met de heroverwogen bevindingen, dan wordt het toelatingsrapport aangepast. Indien noodzakelijk worden de aangepaste tekortkomingsformulieren nogmaals voor goedkeuring aangeboden.

Als de aanvrager niet volledig akkoord gaat met de heroverwogen bevindingen of als de certificatie-instelling haar bevindingen handhaaft, kan de certificatie-instelling afzien van certificatie. Tegen deze beslissing kan de aanvrager binnen de 30 dagen beroep aantekenen bij het comité van beroep van de certificatie-instelling.

6.2.4 Procesbegeleidingsdocumenten

De aanvrager mag voor zijn registraties in het kader van het Label gebruik maken van de standaardformulieren (procesbegeleidingsdocumenten) die ter beschikking gesteld worden door de beheerder via www.niwe.be.

De aanvrager is dat uiteraard niet verplicht gezien tijdens de audit de eisen van de Voorschriften naar inhoud en niet naar vorm worden geauditeerd.

6.2.5 Afwijkingen van certificatie-overeenkomst

Als bij de behandeling van de aanvraag de kosten of het tijdschema dreigen te worden overschreden dan moet de certificatie-instelling dat bespreken met de aanvrager.

Als bij de behandeling van de aanvraag blijkt dat een positieve beslissing over het verlenen van het certificaat niet binnen een redelijke termijn kan worden genomen, kan de aanvraag in onderling overleg worden stopgezet. In dat geval vervalt de certificatie-overeenkomst.

Bij kritische tekortkomingen als gevolg van de afhankelijkheid van derden kan, gestaafd door de gegronde reden in onderling overleg tussen certificatie-instelling en aanvrager met behulp van een stappenplan, afgeweken worden van de termijn van 3 maanden. De reden en het stappenplan worden opgenomen in het rapport en meegenomen bij de follow-up van de tekortkomingen.

De aanvrager kan zijn aanvraag tussentijds intrekken. In dat geval is hij verplicht de reeds gemaakte kosten aan de certificatie-instelling te betalen.

De tijd tussen de audit in het kader van het toelatingsonderzoek en de beëindiging van dit onderzoek bedraagt in de regel maximaal 3 maanden. Die termijn kan uitgebreid worden tot maximaal 6 maand in onderling akkoord tussen de certificatie-instelling en de certificatie-aanvrager, mits motivatie. Als geen onderling akkoord wordt bereikt, moet er een nieuw onderzoek uitgevoerd worden.

6.3 BESLISSING TOELATING EN CERTIFICATIEVERLENING

6.3.1 Certificatiecomité

Na beëindiging van het toelatingsonderzoek (zie art. 6.2.4), brengt de certificatie-instelling het rapport van dit onderzoek voor het certificatiecomité. De certificatiebeslissing op basis van het toelatingsonderzoek wordt genomen door het certificatiecomité.

6.3.2 Certificatiebeslissing

De beslissing van het certificatiecomité wordt schriftelijk meegedeeld aan de aanvrager.

Bij een positieve beslissing ontvangt de aanvrager het NIWE Label en wordt daardoor certificaathouder. De certificatie-overeenkomst kan verder blijven bestaan.

Bij een negatieve beslissing ontvangt de aanvrager schriftelijk de redenen waarom het certificaat niet wordt toegekend. De certificatie-overeenkomst wordt beëindigd.

6.4 HET OPVOLGINGSONDERZOEK

6.4.1 Opvolgingsaudit

Gedurende de geldigheidsduur van het certificaat zorgt de certificaathouder ervoor dat het Managementsysteem blijft voldoen aan de Voorschriften. Dat wordt jaarlijks opgevolgd door de certificatie-instelling door middel van een opvolgingsaudit bij de certificaathouder. De duur van opvolgingsaudit wordt bepaald door de auditdagentabel in Bijlage 1.

6.4.2 Inhoud

Tijdens de opvolgingsaudit onderzoekt de auditor:

- De blijvende conformiteit en effectiviteit van het Managementsysteem met de Voorschriften op basis van de verificatiematrix (zie Bijlage 2);
- De aanpassing en bijbehorende timing op basis van wijzigingen van de eisen in de Voorschriften (zie art. 3.2);
- De uitvoering van de corrigerende maatregelen en acties op basis van tekortkomingen van voorgaande audit. De effectiviteit van deze corrigerende maatregelen;
- De vorderingen ten opzichte van voorgaande audits inzake kennisontwikkeling en -uitwisseling, vermindering van klachten, behalen doelstellingen, stakeholdersoverleg en bijbehorende communicatie.

6.4.3 Rapportage

6.4.3.1 De auditor deelt zijn bevindingen op basis van zijn onderzoek (zie art. 6.4.2) van het Managementsysteem mee door middel van:

- een bespreking met (minimaal) één lid van het management en/of bestuur van de aanvrager,
- de ingevulde verificatiematrix,
- een formulier met de vastgestelde tekortkomingen waarop die worden beschreven. De formulieren worden voor akkoord aangeboden aan de aanvrager.

6.4.4 Follow-up van tekortkomingen

6.4.4.1 Als de aanvrager akkoord gaat met de inhoud van het rapport van het opvolgingsonderzoek, worden door de aanvrager corrigerende maatregelen en acties ter verbetering van de kritische tekortkomingen en preventieve maatregelen en acties voor de niet-kritische tekortkomingen voorgesteld. Die worden vervolgens door de certificatie-instelling beoordeeld.

In geval van een kritische tekortkoming heeft de aanvrager vervolgens maximaal 3 maanden (zie art. 6.2.10) de tijd om die te verhelpen. Daarna voert de certificatie-instelling een nieuwe (indien mogelijk beperkte) verificatie uit om na te gaan of conformiteit kan worden vastgesteld met de Voorschriften. Het opvolgingsrapport wordt dan aangevuld met de nieuwe bevindingen en vervolgens wordt overgegaan tot artikel 6.4.6.

In geval van alleen niet-kritische tekortkomingen, wordt het plan van aanpak van de preventieve maatregelen beoordeeld en vervolgens wordt overgegaan tot artikel 6.4.6. De implementatie van het plan van aanpak wordt tijdens de volgende opvolgingsaudit geëvalueerd.

6.4.4.2 Als de certificaathouder niet akkoord gaat met de inhoud van het rapport van het opvolgingsonderzoek, bijvoorbeeld met betrekking tot een vastgestelde kritische tekortkoming, dan kan de certificaathouder dat schriftelijk aangetekend meedelen aan de certificatie-instelling. Deze schriftelijke mededeling moet binnen de 5 dagen na de opvolgingsaudit bij de certificatie-instelling toekomen.

De certificatie-instelling geeft binnen de 14 dagen na ontvangst van de mededeling van de certificaathouder, eveneens een schriftelijk aangetekend antwoord. Daarbij kan de certificatie-instelling, na de bevindingen van de opvolgingsaudit nogmaals overwogen te hebben, van oordeel zijn dat de opmerkingen van de certificaathouder geheel of gedeeltelijk gegrond zijn. Als de certificaathouder, opnieuw binnen de 14 dagen, schriftelijk akkoord gaat met de heroverwogen

bevindingen, dan wordt het opvolgingsrapport aangepast. Indien noodzakelijk worden de aangepaste tekortkomingsformulieren nogmaals voor goedkeuring aangeboden.

Als de certificaathouder niet volledig akkoord gaat met de heroverwogen bevindingen of als de certificatie-instelling haar bevindingen handhaaft, kan de certificatie-instelling de certificatie-overeenkomst beëindigen. Tegen deze beslissing kan de certificaathouder binnen de 30 dagen beroep aantekenen bij het comité van beroep van de certificatie-instelling.

6.4.5 Opvolging

Na beëindiging van artikel 6.4.4 wordt het rapport van het opvolgingsonderzoek voorgelegd aan de certificatiecomité. Als geen ernstige tekortkomingen worden vastgesteld, kan de certificatie-overeenkomst verder behouden of verlengd worden. Als ernstige tekortkomingen worden vastgesteld kan, kan de certificatiecomité beslissen tot:

- Een schriftelijke waarschuwing;
- Een beperkte audit of extra opvolgingsaudits;
- Een opschorting van het recht op het gebruik van het certificaat gedurende een bepaalde periode (maximaal 6 maanden) bijvoorbeeld in geval:
 - Het gecertificeerde Zorgsysteem bij voortdurend en in ernstige mate niet voldoet aan de eisen;
 - De effectiviteit van het Zorgsysteem onvoldoende is;
 - De certificaathouder geen (extra) opvolgingsaudits toelaat;
 - De certificaathouder zelf vrijwillig een verzoek tot opschorting heeft gedaan.
- Onmiddellijke beëindiging van het certificaat.

6.4.6 Beslissing certificatiecomité

De beslissing van de certificatiecomité wordt in het geval van ernstige tekortkomingen aangetekend schriftelijk meegedeeld aan de certificaathouder, in het andere geval volstaat een gewone schriftelijke zending. Als met de beslissing bijkomende kosten (bijvoorbeeld extra opvolgingsaudits) gepaard gaan, worden die aan de certificaathouder meegedeeld en doorgerekend.

6.4.7 Opschorting

Binnen de gestelde periode van opschorting blijft de certificatie-overeenkomst van kracht. De certificatie-instelling houdt toezicht op de corrigerende maatregelen van de certificaathouder die moeten leiden tot opheffing van de opschorting. Tijdens die periode mag de organisatie geen gebruik maken van het certificaat. Zo niet zijn de bepalingen onder artikel 6.9.2 van toepassing.

Om de opschorting te laten opheffen moet de certificaathouder de certificatie-instelling om een nieuwe audit verzoeken.

Als binnen de gestelde periode van opschorting door de certificaathouder geen doeltreffende corrigerende maatregelen zijn getroffen, zal de certificatie-instelling het certificaat intrekken en de certificatie-overeenkomst beëindigen.

6.5 BETEKENIS, INHOUD, GELDIGSHEIDSDUUR VAN HET CERTIFICAAT

6.5.1 Betekenis certificaat

Op een NIWE Label verklaart de certificatie-instelling dat het Managementsysteem van de aanvrager voldoet aan de Voorschriften.

6.5.2 Geldigheidsduur

Het certificaat NIWE Label is 3 jaar geldig.

Als bij het verstrijken van de geldigheidsduur van het certificaat, een positieve certificatiebeslissing tot verlenging volgt, wordt door de certificatie-instelling een nieuw certificaat opgemaakt en verstuurd naar de certificaathouder.

6.5.3 Certificaat

Het certificaat NIWE Label omvat minimaal:

- De administratieve gegevens van de aanvrager;
- De referentie van de Voorschriften waaraan het managementsysteem van de aanvrager is getoetst;
- Het certificatie-logo van het label (zie art. 6.9);
- De administratieve gegevens van de certificatie-instelling;
- De datum vanaf wanneer het certificaat geldig is en de geldigheidsduur van het certificaat;
- De verwijzing naar de actuele publicatie van de certificaathouder (= website beheerder) (zie art. 3.1.2).

6.5.4 Wijziging certificaat

Een aanpassing van het certificaat is nodig bij wijziging van een of meerdere van de onder artikel 6.5.2 vernoemde gegevens.

6.6 OPENBAARMAKING DOOR DE CERTIFICATIE-INSTELLING

6.6.1 Openbaarmaking

De certificatie-instelling brengt de beheerder op de hoogte van de door haar uitgereikte labels natuurinclusief werken door middel van een kopie. De beheerder publiceert vervolgens de desbetreffende gegevens op de daarvoor ontwikkelde website (zie art. 3.1).

Als de certificatie-instelling een NIWE Label heeft ingetrokken of een certificatie-overeenkomst vroegtijdig heeft beëindigd, brengt de certificatie-instelling eveneens de beheerder op de hoogte. De beheerder kan op die manier de openbaarmaking beëindigen door verwijdering van de gegevens op de website.

De certificatie-instelling geeft geen informatie aan derden inzake de status van een toelatingsonderzoek in dit kader, behoudens met toestemming van de aanvrager.

6.7 BEËINDIGING CERTIFICATIE-OVEREENKOMST

6.7.1 Beëindiging

Als de certificatie-instelling of de certificaathouder/aanvrager zich niet gehouden heeft aan een of meer van zijn verplichtingen opgenomen in de certificatie-overeenkomst, kan de andere partij onmiddellijk de overeenkomst beëindigen. Daarmee vervalt het certificaat.

6.7.2 Beëindiging door de certificaathouder

Opzegging van de certificatie-overeenkomst kan, met uitzondering van de bepalingen in artikel 6.7.1, altijd gebeuren met inachtneming van een termijn van ten minste drie maanden. Met het opzeggen van de certificatie-overeenkomst vervalt eveneens het certificaat. De certificaathouder moet de reeds gemaakte kosten aan de certificatie-instelling betalen. De certificatie-instelling behoudt zijn geheimhoudingsplicht. De opzegging gebeurt per aangetekende brief met vermelding van de datum van de beëindiging van de certificatie-overeenkomst.

Vanaf de datum van beëindiging van de certificatie-overeenkomst mag de voormalige certificaathouder geen gebruik meer maken van het certificaat en ook niet de indruk wekken dat hij nog over een certificaat beschikt. Zo niet zijn de bepalingen onder artikel 6.9.2 van toepassing.

6.8 KLACHTEN

6.8.1 Klachten over de certificatie-instelling

Wanneer de certificatie-instelling een klacht ontvangt over het eigen functioneren wordt die onderzocht, behandeld en worden waar nodig interne acties ondernomen ter voorkoming van gelijkaardig klachten. De klager ontvangt vervolgens een schriftelijke reactie als afhandeling van de klacht.

6.8.2 Klachten over een certificaathouder

Wanneer de certificatie-instelling een klacht ontvangt over een gecertificeerd managementsysteem behandelt de certificatie-instelling deze klacht overeenkomstig haar klachtenbehandelingsprocedure (ISO/IEC 17021-1). De klager ontvangt schriftelijk de timing in verband met het geplande onderzoek. Samen met de certificaathouder wordt nagegaan welke acties ondernomen moeten worden ter voorkoming van gelijkaardige klachten. De klager en certificaathouder ontvangen vervolgens een schriftelijke reactie van de certificatie-instelling als afhandeling van de klacht.

6.9 ONEIGENLIJK GEBRUIK VAN CERTIFICAAT EN CERTIFICATIE-LOGO

6.9.1 Maatregelen bij oneigenlijk gebruik

De certificatie-instelling kijkt erop toe dat er geen oneigenlijk gebruik wordt gemaakt van certificaten en het certificatie-logo door derden, de aanvrager of (voormalig) certificaathouder. Bij constatering van oneigenlijk gebruik meldt de certificatie-instelling dat aan de beheerder die in overleg met de certificatie-instelling de (juridische) stappen onderneemt die zich opdringen.

Bij oneigenlijk gebruik zal de certificatie-instelling:

- de aanvrager of (voormalige) certificaathouder schriftelijk op de hoogte brengen van de vaststelling van de inbreuk;
- de certificaathouder een sanctie opleggen volgens artikel 6.9.2;
- van de aanvrager of (voormalige) certificaathouder eisen dat hij onmiddellijk de nodige maatregelen treft om een einde te maken aan de inbreuk;
- een vordering tegen deze derden instellen.

Als de aanvrager of (voormalige) certificaathouder binnen de gestelde termijn onvoldoende gevolg geeft aan deze eis, kan de certificatie-instelling:

- dat aan de beheerder melden, die in overleg met de certificatie-instelling de (juridische) stappen onderneemt die zich opdringen;
- de inbreuk melden aan de Federale Overheidsdienst Economie;
- de inbreuk publiekelijk kenbaar maken op haar website.

6.9.2 Sancties voor het oneigenlijk gebruik

In oplopende volgorde van zwaarte worden de volgende sancties onderscheiden:

- **Waarschuwing:** De waarschuwing heeft tot doel de aandacht van de certificaathouder te vestigen op het oneigenlijk gebruik van certificaten of het certificatie-logo die bij voortduren of herhaling binnen een bepaalde periode aanleiding zal geven tot een zwaardere sanctie. De certificaathouder moet onmiddellijk de nodige maatregelen treffen om de inbreuk te stoppen en herhaling van de inbreuk te voorkomen. De certificaathouder moet de certificatie-instelling onverwijld en volledig informeren over de genomen maatregelen.
- **Schorsing van het certificaat:** De certificaathouder mag het certificatie-logo gedurende de looptijd van de sanctie niet meer gebruiken.
- **Intrekking van het certificaat:** De certificaathouder mag het certificatie-logo niet meer gebruiken.

Een schorsing van het certificaat wordt voor een onbepaalde tijd opgelegd. Ze kan slechts worden opgeheven wanneer de certificaathouder overtuigend bewijs heeft voorgelegd alle nodige maatregelen te hebben genomen om het oneigenlijk gebruik van het certificaat of het certificatie-logo definitief te stoppen en herhaling ervan te voorkomen.

Na de intrekking van het certificaat kan de organisatie pas een nieuwe certificatieaanvraag indienen nadat hij de certificatie-instelling heeft overtuigd dat hij structurele maatregelen heeft doorgevoerd die het bevoegd en correct gebruik van het certificaat en het certificatie-logo in zijn organisatie structureel en continu kunnen garanderen en mits de schade te hebben vergoed die de beheerder, de certificatie-instelling en/of ander gemachtigden tot gebruik van het certificatie-

logo hebben geleden ingevolge zijn inbreuk op het bevoegd en correct gebruik van het certificatie-logo.

Na schorsing of intrekking van het certificaat wordt het certificatie-logo op alle publicaties verwijderd of op een duidelijk waarneembare en onuitwisbare wijze doorschrapt. Dezelfde verplichting geldt voor elke verwijzing naar het certificatie-logo in de betreffende publicaties.

Als het oneigenlijk gebruik van de certificaten of het certificatie-logo naar het oordeel van de certificatie-instelling aanleiding moet geven tot een zwaardere sanctie dan de waarschuwing, consulteert de certificatie-instelling de beheerder over de op te leggen sanctie.

Het certificatie-logo van het NIWE Label



7 OPENBAARMAKING DOOR DE CERTIFICAATHOUDER

7.1 OPENBAARMAKING DOOR DE CERTIFICAATHOUDER

7.1.1 Openbaarmaking

Nadat het certificaat is verleend, mag de certificaathouder dit openbaar maken. De certificaathouder mag het certificatie-logo gebruiken op brieven, bestekteksten, website, folders, borden en andere communicatiemiddelen.

De certificaathouder is verplicht om op vraag van belanghebbenden een volledig exemplaar van het NIWE Label te bezorgen.

7.1.2 Oneigenlijk gebruik

Overtreding van de bepalingen opgenomen in artikel 7.1.1 wordt beschouwd als oneigenlijk gebruik zoals opgenomen in artikel 6.9.2.

BIJLAGE 1 Auditdagentabel

Auditdagentabel:

Aantal inwoners	Auditduur
< 10.000	1 dag
10.000 tot 30.000	1,5 dag
> 30.000	2 dagen

BIJLAGE 2 VERIFICATIEMATRIX

De NIWE Voorschriften voor opdrachtgevers

Hfdst	Omschrijving eis
4.1	Inzicht in de organisatie en het toepassingsgebied I van het NIWE Label
4.1.1	Inzicht in de behoeften en verwachtingen van belanghebbenden
	<ul style="list-style-type: none">- Interne stakeholders zijn vastgelegd.- Externe stakeholders zijn vastgelegd.- Eisen van de stakeholders worden vastgelegd, gemonitord en beoordeeld.
4.1.2	Toepassingsgebied
	<ul style="list-style-type: none">- Het toepassingsgebied is vastgelegd op basis van:<ul style="list-style-type: none">a) de behoeften en verwachtingen van de stakeholders (intern en extern);b) de organisatorische onderdelen, functies en fysieke grenzen;c) de diensten van de organisatie.
5.1	Leiderschap en betrokkenheid
	<ul style="list-style-type: none">- Er is voldoende draagvlak op ambtelijk en politiek niveau.- De doeltreffendheid van het label binnen de gemeente wordt opgevolgd.- Het beleid en de doelstellingen zijn vastgelegd en compatibel met de strategische richting en context van de gemeente.- De integratie van de eisen van het label in de werking van de gemeente wordt opgevolgd.- De benodigde middelen voor het label worden ter beschikking gesteld.- Het belang van het voldoen aan de eisen van het label wordt gecommuniceerd.- Mensen worden aangestuurd en ondersteund om een bijdrage te leveren aan de doeltreffendheid.
5.2	Beleid
	<ul style="list-style-type: none">- Er is een verklaring van het managementteam beschikbaar om te voldoen aan de eisen van het label.- Het beleid is passend voor het doel en de context van de gemeente.- Het managementteam verbindt zich ertoe om continu te verbeteren in het kader van het label.- Het beleid kan als kader dienen voor het opstellen van doelstellingen.- Het beleid is beschikbaar voor belanghebbenden en is up-to-date.- Het beleid wordt gecommuniceerd, begrepen en toegepast binnen de organisatie. Datum bekrachtiging van het beleid door het Schepencollege:
5.3	Rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen de gemeente
	Verantwoordelijke(n): Datum toekenning van het mandaat van de verantwoordelijke(n): Datum meest recente rapportering:
5.4	Milieubewustzijn
	<ul style="list-style-type: none">- Er wordt rekening gehouden met de Best Beschikbare Technieken betreffende de milieugebonden aandachtspunten (water, bodem, groene ruimte, afval, energie, geluidshinder, mobiliteit, aankopen).
6.1	Doelstellingen en de planning om ze te bereiken
6.1.1	Doelstellingen
	<ul style="list-style-type: none">- Doelstellingen die nodig zijn voor het label zijn vastgelegd.- De doelstellingen:<ul style="list-style-type: none">a) zijn consistent met het beleid;b) zijn meetbaar;c) houden rekening met de eisen van het label;d) worden gemonitord;e) worden gecommuniceerd.

6.2 Acties plannen om de doelstellingen te bereiken	
	<ul style="list-style-type: none"> - De te ondernemen acties zijn duidelijk geformuleerd. - De benodigde middelen zijn duidelijk vermeld. - Er is een verantwoordelijke voor elke doelstelling. - De voorwaarden voor het voltooiën van de doelstellingen zijn duidelijk en gekend. - De indicatoren voor het monitoren van de voortgang zijn vastgelegd. - De manier van evalueren van de resultaten is vastgelegd. - Voor elk actiepunt zijn de nodige registraties uitgevoerd (bovenstaande punten). - De registraties zijn correct gearhiveerd. <p>Verantwoordelijke voor het bewaken van de doelstellingen (directielid): Datum toekenning van het mandaat van de verantwoordelijke:</p>
7.1 Middelen	
	<ul style="list-style-type: none"> - De middelen (personeel, tijd, financiën) zijn vastgelegd die nodig zijn voor de opvolging van het label. - In samenspraak met de directie wordt regelmatig geëvalueerd of de middelen nog toereikend zijn.
7.2 Competentie	
	<ul style="list-style-type: none"> - Een organogram is beschikbaar en up-to-date. - De functies, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, ervaring en opleidingen nodig voor de uitvoering van de actiepunten worden opgevolgd. - Er wordt voldoende opleiding (bijscholing voor elk niveau) voorzien voor de betrokkenen. - Er is een lijst beschikbaar en up-to-date met de beschikbare vaardigheden.
7.3 Bewustzijn	
	<ul style="list-style-type: none"> - Het beleid wordt duidelijk gecommuniceerd naar alle betrokkenen. - Elk betrokken persoon is voldoende op de hoogte van zijn/haar bijdrage aan de doeltreffendheid.
7.4 Communicatie	
7.4.1 Interne communicatie	
	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een duidelijk en volledig (waarover, wanneer, met wie, hoe ...) plan betreffende de communicatie binnen de organisatie. - Van elke communicatie is de datum en de betreffende onderwerpen (met eventueel bijhorende informatie) geregistreerd. <p>Datum meest recente communicatie:</p>
7.4.1 Externe communicatie - Communicatie naar de bewoners	
	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een duidelijk en volledig (waarover, wanneer, met wie, hoe ...) plan betreffende de communicatie naar externe belanghebbenden en de bewoners. - Van elke communicatie is de datum en de betreffende onderwerpen (met eventueel bijhorende informatie) geregistreerd. <p>Datum meest recente communicatie: - Het label is op verschillende plaatsen fysiek aangebracht.</p>
8.1 Voorwaarden algemeen	
8.1.1 Wettelijke bepalingen	
	<ul style="list-style-type: none"> - De van toepassing zijnde wettelijke bepalingen zijn gekend binnen de organisatie - Er wordt regelmatig gecontroleerd of de meest recente wettelijke bepalingen gevolgd worden.
8.1.2 NTMB-zorgsysteem	
	<ul style="list-style-type: none"> - Er zijn materialen / producten gebruikt die onder het NTMB-zorgsysteem vallen. - Voor bovenstaande materialen / producten zijn de certificaten aanwezig (NTMB of gelijkwaardig).
8.1.3 Plaatsbeschrijving / Nulmeting	
	<ul style="list-style-type: none"> - Bij elk lopend project is een plaatsbeschrijving / nulmeting uitgevoerd. <p>Er werd samengewerkt met volgende lokale actoren: Er werd gebruik gemaakt van volgende tools:</p>
8.2 Technische bepalingen NIWE Label	
8.2.1 Behoeften en verwachtingen	
	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een duidelijk meerjarenplan opgesteld om de behoeften in kaart te brengen. - Er is een controlematrix aanwezig om te duiden hoe de behoeften bepaald en geëvalueerd worden. - uit de meerjarenplanning kan opgemaakt worden wat de bestaande toestand is en wat de behoeften zijn.
8.2.2 Beheerplan	
	<ul style="list-style-type: none"> - Voor elk project is een beheerplan opgesteld.

	<ul style="list-style-type: none"> - Het beheerplan vermeldt (op projectniveau) de doelen en de aanpak voor de belangrijkste elementen van de openbare ruimte (met speciale aandacht voor het ecologisch beheer).
8.2.3 Uitschrijven opdracht	
8.2.3.1 Bestekteksten	
	<ul style="list-style-type: none"> - De voorgeschreven eisen voldoen minimaal aan de eisen in SB 250 en SB 260. - Voor elke werf zijn de specifieke natuurondersteunende voorwaarden geregistreerd.
8.2.3.2 Opsplitsen aanbestedingen in grijze en groene werken	
	<ul style="list-style-type: none"> - Bij gemengde opdrachten zijn er aparte bestekken voor de groene en de grijze werken. - Elk apart bestek (bij gemengde opdrachten) heeft een eigen beheer / verantwoordelijke.
8.2.3.3 Selectie / Gunningscriteria	
	<ul style="list-style-type: none"> - Bij het toekennen van een aanbesteding wordt, naast de prijs, rekening gehouden met ervaring en garantie op kwaliteit. - De benodigde certificaten van de leveranciers zijn aanwezig. - De voorgaande attesten van kwaliteitsvolle uitvoering zijn opgevraagd bij de aannemers.
8.2.4 Aankopen producten en diensten	
8.2.4.1 Aankopen diensten / producten	
	<ul style="list-style-type: none"> - De kwaliteit van de producten / diensten / uitvoeringen wordt gegarandeerd op basis van certificaten.
8.2.4.2 Machines	
	<ul style="list-style-type: none"> - De aangekochte machines zijn zo CO₂-neutraal mogelijk. - In het geval van aankopen van minder CO₂-neutrale machines wordt de argumentatie geregistreerd.
8.2.4.3 Materialen	
	<ul style="list-style-type: none"> - Alle aangekochte materialen voldoen aan de certificaten en labels. - Materialen onder het NTMB-zorgsysteem: zie punt 8.1.2.
8.2.4.4 Verharding	
	<ul style="list-style-type: none"> - Er wordt maximaal gebruik gemaakt van waterdoorlatende verharding. - Op plaatsen waar geen waterdoorlatende verharding voorzien is, wordt er waterretentie en infiltratie gerealiseerd.
8.2.4.5 Teelaarde	
	<ul style="list-style-type: none"> - Het gebruik van veengronden of veenrijke potgronden wordt vermeden. - Van iedere vracht teelaarde zijn stalen genomen.
8.2.4.6 Hout	
	<ul style="list-style-type: none"> - Voor al het gebruikte hout zijn de nodige labels aanwezig (FSC of gelijkwaardig). - Al het gebruikte hout is afkomstig van Europese, duurzaam beheerde bossen. - Het gebruik van geïmpregneerd hout wordt vermeden.
8.2.4.7 Beplanting algemeen	
	<ul style="list-style-type: none"> - Alle planten en zaden worden aangekocht bij producenten / leveranciers die gecertificeerd zijn voor hun milieuaanpak (MPS, PlanetProof ...). - De aanplantingen in buitengebied zijn voorzien van: <ul style="list-style-type: none"> a) autochtone planten; b) landschappelijk verantwoorde planten; c) standplaats geschikte planten; d) streekeigen planten. - De meer bebouwde omgeving is voorzien van standplaats geschikte planten. - Er wordt extra aandacht besteed aan de bijdrage tot het verbeteren van de biodiversiteit en klimaat. - De materialen bij beplantingswerken zijn biologisch afbreekbaar. - De producten met een tijdelijke werking (zoals boombescherming, bindbanden ...) zijn niet vervaardigd uit plastics zoals PP of PE.
<i>ZADEN</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - De zaadmengsels voor de wegbermen zijn conform SB 250. - De zaadmengsels voor groenzones (groot belang aan biodiversiteit en ecologie) zijn ecologisch waardevol (i.e. het gebruik van steriele variëteiten en hybride soorten wordt vermeden). - Van de toegepaste zaadmengsels zijn monsters genomen. <ul style="list-style-type: none"> ° Deze monsters worden bijgehouden tot 1 jaar na de definitieve oplevering.
<i>VASTE PLANTEN / KRUIDACHTIGEN</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - De vaste planten en kruidachtigen zijn standplaatsgeschikt en dragen bij aan de biodiversiteit.
<i>BLOEMBOLLEN</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - De gebruikte bloembollen zijn biologisch geteeld. <ul style="list-style-type: none"> ° Bij gebruik van niet-biologisch geteelde bloembollen: argumentatie is beschikbaar. - Infertiele bloembollen worden vermeden.

<i>BEPLANTING HEESTERS EN BOMEN</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - De bomen en heesters worden aangekocht bij gecertificeerde bedrijven die duurzaamheid kunnen garanderen. - Het plantmateriaal voldoet aan de eisen in SB 250. - Er wordt gebruik gemaakt van klimaatadaptieve/klimaatrobuuste beplanting.
8.2.5 Kwaliteitsgarantie van de uitvoerders	
	<ul style="list-style-type: none"> - De aannemers zijn gekwalificeerd en gecertificeerd voor het uit te voeren werk. - De onderaannemers zijn gekwalificeerd en gecertificeerd voor het uit te voeren werk.
8.2.6 Oplevering van het project	
	<ul style="list-style-type: none"> - Alle opgeleverde projecten zijn geregistreerd. - Er is per project een bewijs van controle van de geleverde diensten en producten. <ul style="list-style-type: none"> ° Deze controles zijn conform of strenger dan de controles in SB 250 en SB 260. - Het opleverdocument omvat onder andere alle documenten en stalen van leveringen en tussentijdse controles. <p>Er werden attesten van kwaliteitsvolle uitvoering afgeleverd aan volgende aannemers:</p>
9.1 Meten, evalueren en verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening	
9.1.1 Bevraging externe stakeholders	
	<ul style="list-style-type: none"> - De organisatie beschikt over een methode om jaarlijks een representatief deel externe stakeholders te bevragen (op basis van relevante criteria). - De jaarlijkse bevragingen worden geregistreerd, gemonitord en beoordeeld. <p>Datum meest recente bevraging (extern):</p>
9.1.2 Bevraging interne stakeholders	
	<ul style="list-style-type: none"> - Het eigen managementsysteem wordt jaarlijks geëvalueerd op basis van een bevraging bij de interne stakeholders. - De jaarlijkse bevragingen worden geregistreerd, gemonitord en beoordeeld. <p>Datum meest recente bevraging (intern):</p>
9.1.3 Klachtenbehandeling	
	<ul style="list-style-type: none"> - Bij elke klacht wordt / worden: <ol style="list-style-type: none"> a) een gedetailleerde beschrijving vermeld; b) de oorzaken geëvalueerd die aanleiding gegeven hebben tot de klacht; c) actiepunten opgesteld ter behandeling van de klacht; d) de behandelingswijze van de klacht beoordeeld; e) de datum, het personeel die de klacht behandeld heeft en de afsluitdatum van de behandeling geregistreerd. <p>Datum meest recente klacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er wordt jaarlijks een statistische beoordeling gemaakt van de ontvangen klachten. <ul style="list-style-type: none"> ° Deze beoordelingen worden geregistreerd. ° Deze beoordelingen worden gebruikt als basis om kwaliteits- en strategische doelstellingen te formuleren. <p>Datum meest recente beoordeling (klachten):</p>
9.1.4 Leveranciersbeoordeling	
	<ul style="list-style-type: none"> - Er wordt jaarlijks een beoordeling uitgevoerd van de leveranciers op basis van beschikbare evaluatiecriteria. - De beoordeling is de basis voor het extern stakeholdersoverleg met de leverancier. - Na afloop van het contract met een leverancier wordt een eindbeoordeling gemaakt.
9.2 Managementbeoordeling	
	<ul style="list-style-type: none"> - Het NIWE Label van de organisatie wordt jaarlijks beoordeeld door het managementteam. - Bij de jaarlijkse beoordelingen worden: <ol style="list-style-type: none"> a) alle relevante resultaten (bijvoorbeeld uit de bevragingen of de audits) getoetst aan de strategische doelstellingen; b) de strategische doelstellingen bijgesteld waar nodig; c) de registraties m.b.t. de jaarlijkse beoordeling bewaard voor minimaal 5 jaar. <p>Datum meest recente beoordeling (management):</p>
9.3 Interne audit	
	<ul style="list-style-type: none"> - Er wordt jaarlijks (minstens) 1 interne audit uitgevoerd om na te gaan of het managementsysteem voldoet aan de eisen van het label. - Bij de interne audits: <ol style="list-style-type: none"> a) wordt gecontroleerd of het systeem doeltreffend geïmplementeerd is en onderhouden wordt; b) worden de resultaten geregistreerd en gerapporteerd aan het managementteam.

	Datum meest recente interne audit:
	Datum meest recente rapportering van de interne audits:
10.1	Kennisontwikkeling en kennisuitwisseling
	<ul style="list-style-type: none"> - De interne leemtes m.b.t. kennisontwikkeling worden onderzocht. - Er worden jaarlijkse concrete actiepunten opgesteld. <ul style="list-style-type: none"> ° De resultaten van de actiepunten worden geëvalueerd. ° De actiepunten worden bijgestuurd waar nodig. <p>Er wordt samengewerkt met volgende organisaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De opgedane kennis en ervaring wordt ter beschikking gesteld binnen de organisatie. <ul style="list-style-type: none"> ° De opgedane kennis en ervaring wordt gecommuniceerd met de interne stakeholders. ° De opgedane kennis en ervaring wordt gecommuniceerd met de externe stakeholders.