

QUESTIONARIO INFORMATIVO PRESTATORI DI SERVIZI

Ragione Sociale							
Indirizzo						N° Civ.	
C.A.P.		Comune				Prov.	
Telefono		Fax		E-mail			
Partita I.V.A.				Codice Fiscale			
Capitale Sociale				Anno di costituzione			
Attività svolte							
Numero Addetti		Dirigenti	Impiegati	Operai	Apprendisti	Collaboratori	
Fatturato ultimi 3 anni (specificare l'anno e il fatturato in Euro)		Anno	Importo	Anno	Importo	Anno	Importo
Referenze più significative							
Referenze Bancarie							
Presenza di un sito web		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se SI Indirizzo Internet :			

QUESTIONARIO SUL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'

Avete un Sistema di Gestione per la Qualità certificato secondo la norma UNI EN ISO 9001?

 SI - Inviare il Certificato o Indicare:

Oggetto della certificazione			
Ente Certificatore			
Numero del Certificato		Data scadenza	

 NO - Rispondere alle seguenti domande

1. Disponete di un piano di certificazione approvato dalla Direzione?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
2. Operate conformemente ad un programma di garanzia della qualità documentato?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
3. Avete un Manuale della Qualità ?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
4. Avete un sistema per qualificare i vostri fornitori ?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
5. Sono pianificate ed eseguite verifiche ispettive interne della qualità?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
6. Avete un programma di addestramento del personale ?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

--	--	--