

RICHIESTA DI OFFERTA
 ISO 9001:2015

 UNI ISO 37001:2016

 Altro:

DATI AZIENDALI

Ragione sociale			
P.IVA		Cod.Fisc.	
Codice Univoco Ufficio			
Sito Internet		PEC	
Persona di riferimento		Ruolo	Cell

SEDE LEGALE

Indirizzo			
CAP		Città	Prov.
Tel.		Fax	Email

SEDE OPERATIVA (SE DIVERSA DALLA SEDE LEGALE)

Indirizzo			
CAP		Città	Prov.
Tel.		Fax	Email

EVENTUALI ALTRI SEDI OPERATIVE

Indirizzo			
CAP		Città	Prov.
Tel.		Fax	Email

ORGANICO

N. ADDETTI TOTALE (INDICARE IL NUMERO DEGLI ADDETTI TOTALI, COMPRESIVO DI SOCI, DIPENDENTI, COLLABORATORI ECC...):

DI CUI:

n. personale Direttivo		n. personale Produzione/ Erogazione (es: docente)		n. personale a tempo parziale /occasionale		n. personale amministrativo/ gestionale (es.ATA)	
n. addetti stagionali:		n. turni lavorativi:		n. addetti per turno:		Indicare orari turni:	

Se vengono affidati lavori in esterno indicare il numero medio di lavoratori utilizzati al giorno in subappalto:

INFORMAZIONI SUL SISTEMA DI GESTIONE

Azienda già certificata ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Organismo di certificazione :	Numero di certificato:	Scadenza del certificato:
Sistema di Gestione attivo dal?		Consulente (specificare nome e società di appartenenza)	

ALLEGARE DOCUMENTAZIONE RIPORTANTE: VISURA CAMERALE AGGIORNATA

 IN CASO DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ORGANISMO: allegare copia del certificato in Vs. possesso, copia dei rapporti dell'organismo precedente, dichiarazioni firmate dal legale rappresentante come da punto 18 del REGOLAMENTO QS CERTIFICAZIONI ITALIA pubblicato sul sito www.qscert.it



CAMPO DI APPLICAZIONE (INDICARE LE ATTIVITA' SVOLTE E DI CUI SI RICHIEDE LA CERTIFICAZIONE)

SETTORE IAF:

Da compilare, timbrare, firmare e restituire via mail a:

Firmando il presente modulo, l'azienda si assume la responsabilità della correttezza, completezza e veridicità delle informazioni fornite ai sensi del D.P.R. 445/2000 e autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. 196/2003.

data

Timbro e Firma
