

## RICHIESTA DI OFFERTA CERTIFICAZIONE ISO 22000

CERTIFICAZIONE  
  RINNOVO  
  CAMBIO ENTE  
  ESTENSIONE

### INFORMAZIONI GENERALI

Ragione sociale			
P.IVA		Cod. Fiscale	
Cod.SDI/pec			
Sito Internet		e-mail	
Persona di riferimento		Ruolo	Cell.

### SEDE LEGALE

Indirizzo			
CAP		Città	Prov.
Tel.		e-mail	

LA SEDE LEGALE E' ANCHE OPERATIVA?  SI  NO

### SEDE OPERATIVA

Indirizzo			
CAP		Città	Prov.
Tel.		e-mail	

Numero siti da certificare in totale:

(PER L'INDIRIZZO DELLE ALTRE SEDI  
COMPILARE IL SECONDO FOGLIO)

### PERSONALE COINVOLTO

n. addetti per- manenti*	n. addetti part-time	n. addetti stagionali	n. turni
-----------------------------	-------------------------	--------------------------	----------

\* INDICARE IL NUMERO DEGLI ADDETTI TOTALI, COMPRESIVO DI SOCI, DIPENDENTI, COLLABORATORI ECC...

Indicare gli orari/turni delle principali attività per le linee produttive/servizi oggetto dello scopo di certificazione  
(es. ricevimento latte h. 6:30- 7:00 / macellazione solo n. giorni a settimana/centro cottura attivo solo al mattino etc.)

### INFORMAZIONI SUL SG

Sistema di Gestione attivo dal?		Siete già certificati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Indicare con quale Organismo*:
Per quale/i norma/e e scadenza certificato/i	<small>*IN CASO DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ORGANISMO è obbligatorio allegare copia del certificato in Vs. possesso, copia dei rapporti dell'organismo precedente, copia della documentazione di sistema in vigore, e compilare la dichiarazione di transfer audit che verrà inviata dalla segreteria (rif. REGOLAMENTO QS QUALITY SERVICES pubblicato sul sito <a href="http://www.qualityservices.com.mt">www.qualityservices.com.mt</a>)</small>			
Consulente (specificare nome e società di appartenenza)				
Avete previsto minori applicabilità di alcuni punti norma: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali?(includere la motivazione):			

<b>CAMPO DI APPLICAZIONE E CATEGORIA</b> (DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE)	
Indicare il periodo più idoneo dell'organizzazione per permettere all'ente di visionare tutte le attività oggetto di certificazione	

ELENCCARE I PIANI HACCP ATTIVI A COPERTURA DEL CAMPO DI APPLICAZIONE		
numero	Titolo (specificare per quale linea di prodotto/tipologia di servizio)	Rev e data

ELENCCARE EVENTUALI ALTRI SITI (ANCHE TEMPORANEI) PER LE ATTIVITA' INCLUSE NEL CAMPO DI APPLICAZIONE		
Attività svolta (Sito ed indirizzo)		numero medio addetti:
Attività svolta (Sito ed indirizzo)		numero medio addetti:
Attività svolta (Sito ed indirizzo)		numero medio addetti:
Attività svolta (Sito ed indirizzo)		numero medio addetti:
Attività svolta (Sito ed indirizzo)		numero medio addetti:

M 06.1F\_IT Edizione 1 Revisione 5 del 05/08/2019

Attività svolta (Sito ed indirizzo)		numero medio addetti:
<b>ELENCARE LE ATTIVITA' AFFIDATE IN OUTSOURCING PER LE ATTIVITA' INCLUSE NEL CAMPO DI APPLICAZIONE</b>		
Attività svolta (Sito ed indirizzo)		numero medio addetti:
Attività svolta (Sito ed indirizzo)		numero medio addetti:
Attività svolta (Sito ed indirizzo)		numero medio addetti:
Attività svolta (Sito ed indirizzo)		numero medio addetti:

**NOTE SPECIFICHE PER LA CATEGORIA E – CATERING**

Indicare le strutture dove vengono svolti i servizi di ristorazione e distribuzione pasti ed indicare se i contratti sono permanenti o temporanei (Es. centri di cottura, centri di distribuzione pasto catering)

SITO/STRUTTURA ED INDIRIZZO	TIPO DI ATTIVITA'	PERIODO/DURATA

Da compilare, timbrare, firmare e restituire via e-mail a: [info@gscert.it](mailto:info@gscert.it)

Si prega di allegare la visura camerale dell'organizzazione.

L'azienda si assume la responsabilità della correttezza e della veridicità delle informazioni fornite.

Data

Timbro e Firma