



1) Informazioni relative al fornitore

Ragione Sociale del fornitore
.....

Sede Legale Indirizzo..... C.A.P.....
Città.....
Telefono Fax Posta elettronica
Sito Internet

Sede Amministrativa

Indirizzo..... C.A.P.....
Città.....(Prov.).....
Iscrizione Camera di Commercio di: n°.....
Iscrizione Albo n°

Codice fiscale.....P.IVA

Capitale Sociale.....Banca appoggio

Codice IBAN

Principali settori di attività
.....
.....
.....

Indicare se è già stato fornitore dell'Ospedale utilizzando altra Ragione Sociale (specificare quale)
.....

Numero Dipendenti:.....

Documento	Revisione	Emesso il	Pagina
PO-QVQMF	01	09/09/2020	Pag. 1 a 2



Tipologia del fornitore:

- Produttore
- Distributore
- Importatore
- Erogatore di servizi
- Altro

2) Informazioni relative all'adozione di Sistema di Gestione

L'Azienda ha conseguito la certificazione del Sistema Qualità? NO SI

Ente di certificazione: Data di emissione certificato:

Data di scadenza del certificato.....

(Allegare copia certificazione)

L'Azienda fornisce prodotti /servizi certificati? NO SI

Elencare i prodotti/servizi certificati ed il tipo di certificato.....
.....
.....

L'Azienda ha un Sistema di Gestione della Sicurezza e Della Salute dei Lavoratori documentato?
 NO SI

dal Norma di riferimento:

Altre certificazione

Quali?
.....

Indicare vs responsabile aziendale per le certificazioni:
.....

Data.....

Timbro e Firma

Documento	Revisione	Emesso il	Pagina
PO-QVQMF	01	09/09/2020	Pag. 2 a 2