



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 |