



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