**SCHEDA DI QUALIFICAZIONE PRELIMINARE DEI FORNITORI**

**DI BENI/SERVIZI**

DATI GENERALI SULL’AZIENDA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RAGIONE SOCIALE: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Titolare / Rapp. Legale | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Via |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Città |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tel. |  | | | | | | | | | | Fax | | |  | | | | |
| Sito internet / Indirizzo e-mail: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| P.IVA |  | | | | | | | Codice Fiscale | | | | | | |  | | | |
| Iscrizione CCIAA di | | | | |  | | | | al n. | | | |  | | | | dal |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALTRE SEDI (specificare): | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Via |  | | | | | | | | | | | | Città |  | | | | |
| Tel. |  | | | | | | | | | | | | Fax |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data di costituzione: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Numero dipendenti: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Dirigenti n. | | | |  | | | | Operai n. | | | | | |  | | |
|  | | Impiegati n. | | | |  | | | | Addetti qualità n. | | | | | |  | | |
|  | | Tecnici n. | | | |  | | | | Altro (specificare) | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MODALITA’ DI PAGAMENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Banca di appoggio: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ABI | |  | | | | | | | | | | CAB | |  | | | | |
| C/C n. | |  | | | | | | | | | | c.c.p. n. | |  | | | | |
| Altro (specificare) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **CATEGORIA MERCEOLOGICA** |

|  |
| --- |
| Indicare ❒ i PRODOTTI / ❒ i SERVIZI per i quali si richiede l’iscrizione all’Albo |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAZIONI AGGIUNTIVE** | | | | | | | | | | | | | | |
| La Vostra organizzazione è certificata? | | | | | | | | ❒ | SI | | ❒ | NO | ❒ | N.A.\* |
| **Se SI:** | | Con norma | |  | | | Data di scadenza | | |  | | | | |
|  | | Ente di Certificazione | | |  | | | N° certif. | | |  | | | |
| Se la risposta alla presente domanda è “SI” si prega di **non** rispondere alle domande successive. | | | | | | | | | | | | | | |
| **Se NO o N.A.**: Si prega di rispondere alle domande successive | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Pensate di richiedere una certificazione del Sistema Qualità? | | | | | | | | | | | ❒ | **SI** | ❒ | **NO** |
| Se la risposta alla presente domanda è “SI” specificare: | | | | | | | | | | | | | | |
| norma di riferimento | | |  | | | | | Entro quale data | | | |  | | |
| 1. Esiste una funzione che garantisce la Qualità? | | | | | | | | | | | ❒ | **SI** | ❒ | **NO** |
| 1. Avete delle politiche relative di selezione dei fornitori | | | | | | | | | | | ❒ | **SI** | ❒ | **NO** |
| Se la risposta alla presente domanda è “SI”, specificare quali: | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |  |  |  |
| 1. Avete un programma di formazione/aggiornamento del personale? | | | | | | | | | | | ❒ | **SI** | ❒ | **NO** |
| 1. Esiste una procedura formalizzata per il controllo e la risoluzione delle non conformità? | | | | | | | | | | | ❒ | **SI** | ❒ | **NO** |
| 1. Vengono analizzati in modo documentato i reclami dei clienti per identificare ed eliminare le cause di non conformità? | | | | | | | | | | | ❒ | **SI** | ❒ | **NO** |
| 1. Esiste una procedura scritta per avviare eventuali azioni correttive e verificare la reale applicazione? | | | | | | | | | | | ❒ | **SI** | ❒ | **NO** |

Firma del compilatore…………………………………….

Data………………………………………