

QUESTIONARIO DI QUALIFICAZIONE SERVIZI

Ragione sociale		
Indirizzo Sede Legale		
Indirizzo Sede Amministrativa		
Tel.	Fax	e-mail
Sito internet		
P.Iva	C.F.	
Legale Rappresentante (Nome/qualifica)		
Data inizio attivita' :		

Iscrizione presso Albo professionale di categoria (se previsto)

1. L'azienda ha un sistema di gestione formalizzato (es. ISO 9001 – ISO 14001)?

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

2. Il Vostro Sistema di Gestione è stato certificato da Ente ufficialmente riconosciuto ?

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

In caso positivo, quale/i (es. ISO 9001 – ISO 14001) ?

3. La registrazione delle informazioni relative ai servizi a noi resi sono protette contro eventuali perdite o danneggiamenti e rimangono disponibili per:

<input type="checkbox"/> 2 anni <input type="checkbox"/> 5 anni <input type="checkbox"/> 10 anni <input type="checkbox"/> non è presente un sistema di salvaguardia delle informazioni

4. L'azienda possiede un piano di emergenza in caso di anomalie con conseguente possibile impatto ambientale (ad esempio incendio, incidente, ecc.)?

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non applicabile all'attività svolta

Data

per il fornitore (Timbro e Firma)