

**OGGETTO: Trasmissione Questionario Informativo su apparecchiature in pressione**

In seguito alla vostra gentile richiesta ed ai colloqui intercorsi, vi inviamo il questionario informativo su apparecchiature in pressione PED.

Le indicazioni originate dalle risposte date sono di solito sufficienti alla creazione dell'offerta che sarà nostra cura inviarvi al più presto.

Distinti saluti.

ISTITUTO GIORDANO S.p.A.  
Sezione PED

Allegati: 1 - Questionario informativo PED

ORGANIZZAZIONE			
<b>Ragione sociale</b>			<b>Partita IVA:</b>
<b>Indirizzo(via, CAP, località, prov., stato)</b>			
<b>Persona di riferimento</b>			<b>e-mail:</b>
<b>Telefono</b>	<b>fax</b>	<b>cellulare</b>	
SITO PRODUTTIVO (se diverso dalla sede)			
<b>Denominazione</b>			
<b>Indirizzo</b>			
<b>Persona di riferimento (Tel./fax/cell./e-mail)</b>			
<b>telefono</b>	<b>fax</b>	<b>cellulare</b>	<b>e-mail</b>

#### Dati generali attrezzatura

Descrizione Attrezzatura:	
Tipo attrezzatura: <input type="checkbox"/> Recipiente <input type="checkbox"/> Tubazione <input type="checkbox"/> Generatore di vapore <input type="checkbox"/> Accessorio di sicurezza <input type="checkbox"/> Accessorio a pressione <input type="checkbox"/> Insieme <input type="checkbox"/> Da determinare	
Modello:	
È stata svolta l'analisi dei rischi?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Produzione mensile prevista:
Norme utilizzate:	Norme armonizzate rispettate:
Modulo richiesto <b>Categoria II:</b> <input type="checkbox"/> Modulo A1; <input type="checkbox"/> Modulo D1; <input type="checkbox"/> Modulo E1. <b>Categoria III:</b> <input type="checkbox"/> Modulo B1+D; <input type="checkbox"/> Modulo B1+F; <input type="checkbox"/> Modulo B+E; <input type="checkbox"/> Modulo B+C1; <input type="checkbox"/> Modulo H. <b>Categoria IV:</b> <input type="checkbox"/> Modulo B+D; <input type="checkbox"/> Modulo B+F; <input type="checkbox"/> Modulo G; <input type="checkbox"/> Modulo H1.	

#### Dati Tecnici

Pressione Max ammissibile: bar	$T_{min} / T_{max}$ ammissibili: ..... / < 110 °C
Volume [L] oppure Dimensione Nominale DN:	
Stato fisico del Fluido: <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Vapore <input type="checkbox"/> Liquido	Tensione di vapore (se liquido) a $T_{max}$ : bar
Fluido (nome): Gruppo fluidi PED: <input type="checkbox"/> 1(pericolosi) <input type="checkbox"/> 2(non pericolosi)	
Categoria PED eventualmente identificata: <input type="checkbox"/> (Art. 3.3) <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	

#### Altri dati utili

L'organizzazione ha utilizzato consulenti per la predisposizione del fascicolo tecnico/prodotto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se sì, nominativo dell'eventuale consulente o società di consulenza: _____
Note:

Data:

Timbro e firma

Da compilare ed inviare al numero di fax +39 0541 345 540

Oppure via e-mail [ped@giordano.it](mailto:ped@giordano.it)

Per domande e chiarimenti

Dott. Alessandro Gaspari, Ing. Eugenio Berlini

Tel. +39 0541 322 242 oppure +39 0541 322 233

**NB: Se si è interessati ad una offerta per uno dei seguenti Moduli (D1, E1, B1+D, B+E, H, B+D, H1) della direttiva 97/23/CE, compilare e spedire anche la presente pagina.**

*Dati per approvazione Sistema di Qualità*

<b>Nota:</b> nel caso esistano più siti produttivi/unità operative, allegarne la lista con i relativi dati specificando inoltre le attività/processi svolti e il relativo personale.				
Normativa di riferimento (qualità): <input type="checkbox"/> UNI EN ISO 900... Ed. .... <input type="checkbox"/> Altro:				
L'Organizzazione svolge attività di progettazione del prodotto/servizio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				
Anno di costituzione dell'Organizzazione:				
L'Organizzazione fa parte di un gruppo più grande ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Quale ?				
Anni di attività dell'Organizzazione nei settori per i quali è richiesta la certificazione:				
Organico dell'Organizzazione:	dirigenti:	Impiegati:	Operai:	Tot.
Altre persone coinvolte nell'attività da certificare (Esterni a contratto, appaltatori abituali ecc.), N.:				
Numero persone impiegate per l'attività di Assicurazione/Gestione della Qualità:				
Fatturato approssimativo dell'ultimo anno:		L'Organizzazione dispone di propri laboratori di prova?: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Da quanti anni vengono applicati criteri di Assicurazione/Gestione della Qualità?:				
L'organizzazione ha utilizzato consulenti per la predisposizione del sistema/prodotto di cui alla Direttiva 97/23/CE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Se sì, nominativo dell'eventuale consulente o società di consulenza: _____				
Eventuali certificazioni di prodotto o Sistema ottenute:				

Data:

Timbro e firma