

Data:_____

ISTITUTO GIORDANO Qualità al Plurale. Istituto Giordano S.p.A. Via Rossini, 2 – 47814 Bellaria-Igea Marina (RN) - Italia tel.+39/(0)541343030 fax +39/(0)541340638

QUESTIONARIO INFORMATIVO:

MCPD_09 rev. 05

DATI ANAGRAFICI DELL'ORGANIZZAZIONE: SEDE LEGALE	
Ragione sociale:	
Indirizzo:	
via: n°: cap:	città: prov:
Telefono:	Fax:
e-mail:	Sito internet:
Persona di riferimento:	Cellulare:
Partita IVA:	Codice Fiscale:
SITO PRODUTTIVO (se diverso dalla SEDE LEGALE)	
Denominazione:	
Indirizzo:	
via: n°: cap:	città: prov:
Telefono:	Fax:
e-mail:	Sito Internet:
Persona di riferimento:	Cellulare:
STRUTTURA DELL'ORGANIZZAZIONE	
Numero di persone coinvolte nell'attività soggetta a certificazione o marcatura CE:	
L' Organizzazione dispone di laboratori interni ? () si () no	
Le prove di laboratorio previste verranno effettuate presso:	
() Laboratori dell'istituto Giordano;	
() Laboratori esterni (indicare la ragione sociale):	
() Laboratori interni.	
L'organizzazione ha un Sistema di Gestione certificato () si () no () in corso () in programma	
Quale: () ISO 9001:2000/2008 () ISO 14001:2004 () SA 8000 () Altro:	
Da quale Organismo di certificazione:	da quanto tempo:
L'Organizzazione ha utilizzato consulenti per la predisposizione del sistema? () si () no	
Nome di tale eventuale società o del consulente:	
Prodotto/i da certificare o testare D	Descrizione del prodotto
Name amorimate applicabile (de indicare abbligatoriaments).	
Norma armonizzata applicabile (da indicare obbligatoriamente):	
Sistema di attestazione della conformità richiesto: secondo allegato ZA della norma armonizzata applicabile	□ 1 □ 1+ □ 2 □ 2+ □ 3 □ 4
Data/Periodo presunto per visita ispettiva:	
solo nel caso di <u>sistemi 1, 1+, 2 e 2+</u>	
Periodo presunto per la conclusione delle prove di laboratorio (prove iniziali di tipo): solo nel caso di <u>sistemi 2 e 2+</u> in cui le prove	
iniziali non vengano effettuate presso i laboratori di Istituto Giordano S.p.A.	
•	

Timbro e Firma: