

Gentile Sig. /Sig.ra,

questo documento è predisposto per raccogliere i dati e le informazioni sulla Sua Organizzazione necessari alla PLC per applicare correttamente il Tariffario in vigore e formulare un'offerta adeguata.

La compilazione e l'inoltro di questa scheda non costituiscono impegno all'accettazione dei servizi di certificazione della PLC.

La preghiamo apporre la dicitura "NA" (non applicabile) o altra analoga nei campi non pertinenti ai processi/prodotti/servizi erogati dalla Sua Organizzazione/Azienda, oppure annullare tali campi.

Con la firma e la restituzione di questo documento Lei dichiara che i dati indicati sono veritieri e s'impegna a comunicare tempestivamente alla PLC eventuali successive variazioni.

PLC le evidenzia che nel proprio sito internet [www.plcert.com](http://www.plcert.com) è disponibile il Regolamento REG-001 che disciplina l'attività di certificazione dei sistemi; nel caso incontri difficoltà a scaricare il documento ne può richiedere una copia cartacea all'indirizzo in calce.

PLC La informa inoltre che i dati forniti saranno trattati conformemente a quanto disposto dal DLgs 196/2003, per la quotazione del processo di certificazione, l'emissione delle fatture e per comunicarle informazioni attinenti la tipologia di servizio fornito da PLC.

La ringraziamo dell'attenzione.

**DATI ANAGRAFICI**

Ragione sociale/Denominazione dell'Organizzazione		
Sede legale:	Via	
	CAP	Città Prov
Sede operativa:	Via	
	CAP	Città Prov
Telefono:	Fax:	
Sito internet:	Indirizzo e-mail:	
Rappresentante legale:	Persona da contattare:	
Anno di costituzione:	P. IVA:	N. Iscrizione C.C.I.A.A.:
Fatturato del penultimo anno:	Fatturato approssimativo dell'ultimo anno:	

L'azienda come sopra generalizzata, con la presente fa **DOMANDA** di:

Certificazione
  Estensione della Certificazione
  Rinnovo della Certificazione
  Trasferimento
  \_\_\_\_\_

E a tal fine fornisce le seguenti **informazioni generali** sulla propria organizzazione:

Norma di riferimento:	<input type="checkbox"/> ISO 9001 <input type="checkbox"/> ISO 14001 <input type="checkbox"/> OHSAS 18001 <input type="checkbox"/> ISO 13485 <input type="checkbox"/> ISO 3834 <input type="checkbox"/> UNI 10891 <input type="checkbox"/> SA 8000 <input type="checkbox"/> _____		
Requisiti della norma ritenuti non applicabili (indicare):			
Il sistema è già certificato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, indicare Organismo e il numero del certificato:	
Altre certificazioni in corso di validità?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, indicare Organismo e numero del certificato:	
L'Azienda ha pendenze/procedimenti in corso?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se "sì" chiarire:	
Data avvio implementazione del Sistema (se non è già certificato):	Periodo preferito per l'audit di certificazione:		
Specificare per quali attività/processi/servizi l'organizzazione chiede la certificazione			
Attività, processi e servizi che l'organizzazione affida all'esterno (outsourcing)			
Descrivere prodotti/processi critici acquistati o realizzati dall'Organizzazione.			
(per maggiori spiegazioni in merito al presente punto vi invitiamo a contattarci)			

Indicare gli indirizzi degli Stabilimenti e/o magazzini e/o eventuali altri siti diversi dalla sede principale.	1)																
	2)																
	3)																
	4)																
Tipologia delle attività svolte presso i siti/stabilimenti.	1)																
	2)																
	3)																
	4)																
Se l'azienda svolge attività plurisito specificare, tra i siti indicati, quali non sono interessati dalla certificazione:																	
Indicare la percentuale di impiego di mezzi automatici nell'ambito delle attività coperte dal Sistema da certificare:																	
L'Azienda acquista e vende prodotti senza ulteriori lavorazioni, montaggi, etc? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										Se si, indicare la percentuale:							
Distribuzione degli addetti <b>interni</b> coinvolti nelle attività da certificare (correggere o aggiungere altre voci se necessario) Il numero di addetti deve riferirsi al numero massimo del personale impiegato dall'azienda nel corso dell'anno nel quale viene richiesta la certificazione, nel periodo di completa attività dell'impresa. nelle ultime due colonne specificare il numero di dipendenti impegnati con contratti stagionali o part-time.	Progettazione	Produzione	Commerciale	Qualità	Amm. zione	Acquisti	Assistenza	Altro							N° turni di lavoro	Part-time	Stagionali
	Distribuzione degli addetti <b>esterni</b> (ad esempio per subappalto) coinvolti nelle attività da certificare.																
Quale è la tipologia dei Clienti abituali?																	
Mercato di destinazione dei prodotti/servizi (% fatturato)	Nazionale			Europeo (area UE)					Extraeuropeo (specificare)								
Come avete conosciuto PLC? (segnare) <input type="checkbox"/> Pubblicità <input type="checkbox"/> Mostre, convegni <input type="checkbox"/> Sito Accredia <input type="checkbox"/> Sito PLC <input type="checkbox"/> Segnalazione altre aziende <input type="checkbox"/> Altro																	
Consulente che ha seguito il sistema (Società, oppure Cognome e Nome)																	
Note eventuali:																	

COMPILATO DA			DATA
Cognome e Nome	Ruolo in Azienda	Firma	

Il Questionario, una volta compilato, dovrà essere firmato ed inviato a PLC al numero di fax **06/85300969**.

Riservato alla PLC	Completato da:		Il:	con i dati trasmessi da:		
	EA		Accreditato <input type="checkbox"/> SI _____ - <input type="checkbox"/> NO _____	Offerta Prot n°		
	Area Tecnica PLC					
	Note					