

QUESTIONARIO INFORMATIVO MARCATURA CE

(Da restituire a CERTY CEQ SRL – Via Duca degli Abruzzi, 9- 95127 Catania – Tel 095/7225205 - Fax 095/2830140 – info@certyceq.it)

Sede legale dell'Organizzazione			
Ragione Sociale:.....			
Indirizzo:.....	Cap:.....	Città:.....	Prov.:.....
Tel.:.....	Fax:.....	E-mail:.....	
Codice fiscale:.....		Partita IVA:.....	
Persona di riferimento:.....		Cellulare:.....	
Sito produttivo (compilare solo se diverso dalla sede legale)			
Ragione Sociale:.....			
Indirizzo:.....	Cap:.....	Città:.....	Prov.:.....
Tel.:.....	Fax:.....	E-mail:.....	
Persona di riferimento:.....		Cellulare:.....	
Anno di costituzione dell' Organizzazione:.....			
Struttura dell'Organizzazione			
Altre persone coinvolte nell' attività soggetta a marcatura CE N°:.....			
L' organizzazione dispone di propri laboratori di prova?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Le prove di laboratorio previste sono effettuate presso:		Laboratorio interno <input type="checkbox"/>	Laboratorio esterno <input type="checkbox"/>
Indicare la ragione sociale del laboratorio:			
L'Organizzazione ha un sistema di gestione certificato?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		In programma <input type="checkbox"/>	
Quale?	UNI EN ISO 9001 <input type="checkbox"/>	UNI EN ISO 14001 <input type="checkbox"/>	OHSAS 18001 <input type="checkbox"/>
Altro <input type="checkbox"/>			
Data di applicazione del sistema:			
L' organizzazione ha usato consulenti per la predisposizione del sistema? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>			
Nome e recapito telefonico del consulente:			
L'Organizzazione svolge attività al di fuori di quelle per le quali richiede la certificazione?		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Quali?			
Periodo presunto per l'effettuazione della visita di certificazione:			

Informazioni relative al prodotto	
Tipologia del prodotto da certificare:	
Norme di riferimento/Destinazione d'uso:	
Sistema di attestazione della conformità richiesto:	2 +
Periodo presunto per l'effettuazione della visita ispettiva:	
Periodo presunto per la conclusione delle prove di laboratorio:	

LISTA DEI SITI PRODUTTIVI SUCCESSIVI AL PRIMO**2° SITO PRODUTTIVO**Identificazione/Località:.....
.....

Distanza dal 1° Sito Produttivo (espressa in km):

Numero persone impiegate:

3° SITO PRODUTTIVOIdentificazione/Località:.....
.....

Distanza dal 1° Sito Produttivo (espressa in km):

Distanza dal 2° Sito Produttivo (espressa in km):

Numero persone impiegate:

4° SITO PRODUTTIVOIdentificazione/Località:.....
.....

Distanza dal 1° Sito Produttivo (espressa in km):

Distanza dal 2° Sito Produttivo (espressa in km):

Distanza dal 3° Sito Produttivo (espressa in km):

Numero persone impiegate:

(Se necessario utilizzare fogli aggiuntivi)

Data

Firma e Timbro