



CQS Italia S.r.l. – Organismo di certificazione
 Sede Legale – Via degli Ausoni, 7 A26 – 00185 Roma
 Uffici: Via Lenin, 59 – 40121 Bologna
 Segreteria Generale Tel. +39 06 92937958
 Area Nord – Fax +39 051 0544804
 Area Centro – Fax +39 06 83391841
 Area Sud – Fax +39 091 6197808
 P.Iva 05209310829 – www.cqsitalia.it

Si prega di compilare in modo opportuno il presente modulo di richiesta di certificazione ed inviarlo per posta ai recapiti sopra indicati o per fax allo **06 833 91 841**, allo scopo di poter ricevere ns. offerta per uno o più servizi richiesti.

1) DATI GENERALI

NOME AZIENDA				
INDIRIZZO SEDE LEGALE				
CITTÀ				CAP
TELEFONO			FAX	
E-MAIL				
P.IVA				
REFERENTE				
ATTIVITÀ				
PROGETTAZIONE <input type="checkbox"/> ESCLUSA <input type="checkbox"/> INCLUSA				
N.°LAVORATORI		Dipendenti	Outsourcing	Stagionali / Altro
SETTORE EA				
SITI AGGIUNTIVI (EVENTUALI): SPECIFICARE QUANTI E DOVE				
FATTURATO MEDIO ANNUO				
ADESIONE A CONSORZI, ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA... <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI RIF.				

2) TIPOLOGIA DI CERTIFICAZIONE

Tipologia del servizio richiesto	Norma di riferimento	
<input type="checkbox"/> Certificazione	<input type="checkbox"/> ISO 9001	<input type="checkbox"/> ISO 3834
<input type="checkbox"/> Adeguamento	<input type="checkbox"/> ISO 14001	<input type="checkbox"/> OHSAS 18001
<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> EMAS	<input type="checkbox"/> D. Lgs. 81/2008 (ex 626/94)
<input type="checkbox"/> Pre-Audit	<input type="checkbox"/> BRC	<input type="checkbox"/> ISO 22000
<input type="checkbox"/> Certificazione Sistema integrato	<input type="checkbox"/> IFS	<input type="checkbox"/> ISO 15189
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> HACCP	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) _____
	<input type="checkbox"/> UNI 10891	

3) PERIODO DI RIFERIMENTO

Si prega di indicare il periodo di riferimento ai fini dell'effettuazione della verifica di certificazione, tenendo presente che dalla data della verifica alla data del rilascio del certificato intercorrono circa 30 gg.

4) ULTERIORI INFORMAZIONI

Si prega di indicare il modo in cui si è venuti a conoscenza dell'Ente di certificazione CQS Italia (se a mezzo società di consulenza specificarne i riferimenti):

5) CONSENSO TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei volontariamente forniti per il servizio da Lei richiestoci saranno trattati, da parte di CQS Italia S.r.l., organismo italiano di certificazione, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Data _____ Timbro e firma Organizzazione richiedente _____