



CQS Italia S.r.l. – Organismo di certificazione
 Sede Legale – Via Alberto Tallone, 84 - 00123 Roma
 Direzione e Amministrazione – Via Sistina, 121 00187 Roma
 Segreteria Generale Tel. +39 06 96701588
 P.Iva 05209310829 – www.cqsitalia.it
cqsitaliasrl@pec.it

Si prega di compilare in modo opportuno il presente modulo di richiesta di certificazione ed inviarlo per posta ai recapiti sopra indicati ad assistenzaclienti@cqsitalia.it, allo scopo di poter ricevere ns. offerta per uno o più servizi richiesti.

1) DATI GENERALI

| | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|-----------|
| NOME AZIENDA | | | |
| INDIRIZZO | | | |
| CITTÀ | | CAP | |
| TELEFONO | | FAX | |
| E-MAIL | | | |
| P.IVA | | | |
| REFERENTE | | | |
| ATTIVITÀ | | | |
| PROGETTAZIONE | <input type="checkbox"/> ESCLUSA | <input type="checkbox"/> INCLUSA | |
| N.° DIPENDENTI | | | |
| SETTORE EA | | | |
| SITI AGGIUNTIVI (EVENTUALI) | | | |
| 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"/> Adeguamento | <input type="checkbox"/> ISO 14001 |
| <input type="checkbox"/> Rinnovo | <input type="checkbox"/> ISO 45001 |
| <input type="checkbox"/> Pre-Audit | <input type="checkbox"/> ISO 22000 |
| <input type="checkbox"/> Certificazione Sistema integrato | <input type="checkbox"/> ISO 3834 |
| <input type="checkbox"/> Altro | <input type="checkbox"/> ISO 15189 |
| | <input type="checkbox"/> EMAS |
| | <input type="checkbox"/> HACCP |
| | <input type="checkbox"/> ALTRO _____ |

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 _____