



CQS Italia S.r.l. – Organismo di certificazione  
 Sede Legale – Via Alberto Tallone, 84 - 00123 Roma  
 Segreteria Generale Tel. +39 06 96701588  
 P.Iva 05209310829 – [www.cqsitalia.it](http://www.cqsitalia.it)  
[cqsitaliasrl@pec.it](mailto: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](mailto: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 (solo per ISO 9001)		<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 \_\_\_\_\_