

AZIENDA ASSOCIATA ASSORTOPEDIA – CONVENZIONE N. IBA1000112

Ragione sociale:			
Persona di riferimento (indicare anche il ruolo):			
Indirizzo:			
Località e Provincia:	Partita IVA:		
C.A.P.:	Codice Fiscale:		
Telefono:	Sito internet:		
Fax:	E-mail:		

L'organizzazione svolge l'attività oggetto di certificazione presso altre sedi?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	In caso affermativo compilare pag. 2 "Notizie relative ad altre sedi"
L'organizzazione svolge l'attività oggetto di certificazione presso cantieri o sedi temporanee?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	In caso affermativo compilare pag. 3 "Notizie relative a cantieri..."
Descrizione delle attività per cui si richiede la certificazione:		

NB: se esistono altre sedi oggetto di certificazione, qui di seguito, con riferimento al personale, indicare i valori totali e a pag. 2/3 fornire il dettaglio per ciascuna sede/cantiere, compresa quella principale. Si precisa che è necessario indicare esclusivamente il personale addetto alla attività oggetto di certificazione con un qualsiasi contratto di lavoro (soci, dipendenti, co.co.pro., ecc.

N° totale del personale:	di cui stagionale:	di cui part-time:
N° di turni:	N° personale soggetto a turni:	Orari di lavoro:
Fatturato medio annuale (ultimi tre anni), inerente alle attività oggetto di certificazione:		
Requisiti normativi esclusi:		
Attività affidate a ditte terze:		
Altre attività svolte nella sede operativa oltre a quelle per cui è richiesta la certificazione:		
Organizzazione già certificata e in corso di validità?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	A fronte della norma:
Indicare se l'Organizzazione è in possesso di altra certificazione/attestazione		
Nel caso di Audit di Rinnovo si prega di indicare l'attuale Ente di certificazione:		
Se l'Organizzazione si avvale di una società di consulenza si prega di indicarne il nome:		

Norme per le quali si richiede la quotazione:	<input type="checkbox"/> EMAS	<input type="checkbox"/> EN ISO 9001:2008	(in caso di aziende sanitarie compilare Allegato1)
	<input type="checkbox"/> SA8000	<input type="checkbox"/> EN ISO 9001:2000	(in caso di aziende sanitarie compilare Allegato1)
	<input type="checkbox"/> D-1001:2008	<input type="checkbox"/> EN ISO 14001:2004	(compilare anche Allegato 2)
	<input type="checkbox"/> D-3001:2008	<input type="checkbox"/> ISO/IEC 27001:2005	(compilare anche Allegato 3)
	<input type="checkbox"/> D-4001:2008	<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 22005 :2008	(compilare anche Allegato 4)
	<input type="checkbox"/> UNI 10891:2000	<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 13485:2004	(compilare anche Allegato 5)
	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> BS OHSAS 18001:2007	(compilare anche Allegato 6)
		<input type="checkbox"/> UNI 11200:2006	(compilare anche Allegato 7)

Data	Timbro e firma
_____	_____

Vi preghiamo di inviare la richiesta al l'indirizzo e.mail re@dasa-raegister.com oppure ad uno dei seguenti recapiti:

Fax: 02 86992028 – Tel.: 02 86997244 milano@dasa-raegister.com I-20121 Milano - Piazza Castello, 19	Fax: 06 9107126 - Tel.: 06 91622002 roma@dasa-raegister.com I-00040 Pomezia Roma - Via dei Castelli Romani, 22	Fax: 080 5529225 - Tel.: 080 5461130 bari@dasa-raegister.com I-70125 Bari - Via Junipero Serra, 19
--	---	---

Notizie relative ad altre sedi (con riferimento ai dati del personale, si precisa che a pag. 1 è necessario indicare i valori totali mentre qui di seguito è necessario indicare il dettaglio per ciascuna sede in cui si svolgono attività per cui è richiesta la certificazione)

Organizzazione _____

Indirizzo e C.A.P. _____

Località e Provincia _____

Telefono _____ Fax _____

Persona di riferimento (indicare anche il ruolo) _____

Numero del personale operante: _____ di cui stagionali: _____ di cui part time: _____

Numero di turni _____ N° persone soggette a turni: _____ Orari di lavoro: _____

Descrizione dell'attività svolta presso la sede _____

Da certificare Si No

Indirizzo e C.A.P. _____

Località e Provincia _____

Telefono _____ Fax _____

Persona di riferimento (indicare anche il ruolo) _____

Numero del personale operante: _____ di cui stagionali: _____ di cui part time: _____

Numero di turni _____ N° persone soggette a turni: _____ Orari di lavoro: _____

Descrizione dell'attività svolta presso la sede _____

Da certificare Si No

Indirizzo e C.A.P. _____

Località e Provincia _____

Telefono _____ Fax _____

Persona di riferimento (indicare anche il ruolo) _____

Numero del personale operante: _____ di cui stagionali: _____ di cui part time: _____

Numero di turni _____ N° persone soggette a turni: _____ Orari di lavoro: _____

Descrizione dell'attività svolta presso la sede _____

Da certificare Si No

RICHIESTA DI QUOTAZIONE

Notizie relative a cantieri o sedi temporanee (con riferimento ai dati del personale, si precisa che a pag. 1 è necessario indicare i valori totali mentre qui di seguito è necessario indicare il dettaglio per ciascuna sede/cantiere in cui si svolgono temporaneamente attività per cui è richiesta la certificazione)

Organizzazione _____

Indirizzo e C.A.P. _____

Località e Provincia _____

n° dipendenti presso il cantiere: _____ n° di persone che vi lavorano in subappalto: _____

Data inizio lavori _____ Data fine lavori _____ Orario di possibile accesso al cantiere _____

Descrizione dell'attività svolta Nel caso di imprese edili specificare le categorie (come da D.P.R. n. 34/2000 – Decreto Bargone): _____

Indirizzo e C.A.P. _____

Località e Provincia _____

n° dipendenti presso il cantiere: _____ n° di persone che vi lavorano in subappalto: _____

Data inizio lavori _____ Data fine lavori _____ Orario di possibile accesso al cantiere _____

Descrizione dell'attività svolta Nel caso di imprese edili specificare le categorie (come da D.P.R. n. 34/2000 – Decreto Bargone): _____

Indirizzo e C.A.P. _____

Località e Provincia _____

n° dipendenti presso il cantiere: _____ n° di persone che vi lavorano in subappalto: _____

Data inizio lavori _____ Data fine lavori _____ Orario di possibile accesso al cantiere _____

Descrizione dell'attività svolta Nel caso di imprese edili specificare le categorie (come da D.P.R. n. 34/2000 – Decreto Bargone): _____

Indirizzo e C.A.P. _____

Località e Provincia _____

n° dipendenti presso il cantiere: _____ n° di persone che vi lavorano in subappalto: _____

Data inizio lavori _____ Data fine lavori _____ Orario di possibile accesso al cantiere _____

Descrizione dell'attività svolta Nel caso di imprese edili specificare le categorie (come da D.P.R. n. 34/2000 – Decreto Bargone): _____