

MODULO RICHIESTA OFFERTA PER LA CERTIFICAZIONE DELLA NORMA UNI EN 16636:15 SERVIZI DI GESTIONE E CONTROLLO DELLE INFESTAZIONI (PEST MANAGEMENT) – REQUISITI E COMPETENZE

Denominazione e Rag. Sociale		
Indirizzo sito da certificare:		
CAP / Città / Prov.		
Persona di riferimento:		
Telefono	Fax	
E-mail:	Sito Internet:	
L'Organizzazione richiede la certificazione UNI EN 16636 riconosciuta CEPA CERTIFIED ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
L'Organizzazione richiedente è associata ANID? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (da compilare solo nel caso in cui si richiede CEPA Certified)		
N° totale addetti (compreso/i titolare/i soci operativi) ¹⁾		
L'organizzazione <input type="checkbox"/> FA / <input type="checkbox"/> NON FA parte di un gruppo più grande (indicare il Gruppo):		
Esistono altre sedi oltre la sede principale/operativa (es. filiali)?:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Quante filiali? Indicare il N° di filiali		
In caso di filiali si prega di compilare la tabella Allegato 1 (vedi pag. 2) riportando il numero di operatori per filiale		
Esistono attività gestite in Outsourcing? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se SI, quali?
C'è un Sistema di Gestione (Qualità) certificato?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
È richiesta una certificazione congiunta con la ISO 9001?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
E' stata utilizzata una società di consulenza per l'implementazione del sistema? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Nome, indirizzo e recapito telefonico società di consulenza:		
Come ha conosciuto il nostro nominativo?		
Eventuali certificazioni già ottenute:		
Periodo in cui si desidera effettuare la verifica di certificazione		
Attività di disinfestazione/derattizzazione svolta (indicare quali sono gli utenti a cui viene ricolto il servizio es. PA, ospedali, aziende alimentari, privati, aziende di lavorazione del legno, ecc...)		
.....		
.....		
.....		
.....		

Si prega di compilare il modulo in OGNI sua parte e spedire al n. 02-38330286 o via email a agroalimentare agroalimentare@csi-spa.com

Data: _____

Timbro e Firma:

Allegato1 – Filiali - indirizzo

Nome filiale	indirizzo completo della filiale	N. dipendenti/operatori