



DOMANDA DI OFFERTA SG (nell'eventualità è possibile barrare anche più di una casella)	<input type="checkbox"/> CERTIFICAZIONE
	<input type="checkbox"/> ESTENSIONE
	<input type="checkbox"/> RINNOVO
	<input type="checkbox"/> PASSAGGIO DA ALTRO CAB

Vi chiediamo gentilmente di compilare i riguardanti la vostra Organizzazione. Questo ci consentirà di proporre un'offerta personalizzata in conformità alle guide IAF MD1, 2, 3, 4, 5 e 11, IAF ID1 (ove applicabili), ai documenti ACCREDIA RT09, RT12, RT20, RT21 e RT32 ed altri documenti tecnici di riferimento (revisione vigente).

Att:

Fax

1. Generalità dell'organizzazione (cfr CCIAA)

1.1 Dati anagrafici (validi anche per la fatturazione)

Ragione/Denominazione Sociale:

Stato Giuridico: Ditta Individuale Società Persone Società Capitali

Codice Fiscale: P.IVA

Tipo Sede: Legale Operativa

Indirizzo:

CAP: Città: Provincia:

Tel: Cell.: PEC/e-mail:

Codice univoco: sito internet:

Personale di riferimento: Funzione aziendale

Volume d'affari dell'ultimo anno fiscale per l'attività da certificare €

1.2 Altra(e) sede(i) da verificare, se differente(i) dalla sede legale (*)

Tipo Sede: Operativa Permanente/Temporanea

Indirizzo:

CAP: Città: Provincia:

Tel: Fax: Cell.:

Tipo Sede: Operativa Permanente/Temporanea

Indirizzo:

CAP: Città: Provincia:

Tel: Fax: Cell.:

(*) Nel caso di più sedi operative compilare questo modulo per tutte le unità che si vogliono certificare o allegare un elenco indicando le generalità dell'organizzazione ed i dati per la certificazione.

1.3 Certificazione di sistema richiesta

Qualità	Ambiente	Salute e Sicurezza	Energia	Food Safety	Altro
<input type="checkbox"/> ISO 9001:2015	<input type="checkbox"/> ISO 14001:2015	<input type="checkbox"/> ISO 45001:2018	<input type="checkbox"/> ISO 50001:2018	<input type="checkbox"/> ISO 22000:2018	<input type="checkbox"/>

Data dalla quale codesta organizzazione è pronta per sostenere il/gli audit:

Indicare il nominativo dell'eventuale società di consulenza che ha supportato l'organizzazione nello sviluppo ed implementazione del sistema di gestione (riportare puntualmente anche i nomi dei professionisti incaricati dalla società):

Documenti da fornire a seguito di sottoscrizione per accettazione dell'offerta commerciale:

- ✓ Certificato C.C.I.A.A. in corso di validità;
- ✓ Certificato emesso da altro CAB, ove applicabile;
- ✓ Dichiarazione d'esistenza o meno di pregresse sanzioni e/o condanne per aspetti sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro;
- ✓ Documento d'identità del Legale Rappresentante in corso di validità (**OBBLIGATORIO**).

1.4 L'Organizzazione, in persona del suo legale rappresentante, dichiara che il numero dell'organico complessivo (A+B+C), come da uniEMens, sono i seguenti:

(A) Dipendenti nella sede: (B) Dipendenti nel sito/i produttivo/i: (C) Subappaltatori, autonomi e cottimisti:

..... Part-Time Organico complessivo (A+B+C):

Numero turni lavoro:

Indicare, se applicabile, il n° di siti informatizzati contenenti informazioni per l'audit cui accedere tramite remoto:

2. Dati per la certificazione

2.1 Nel caso di passaggio da altro CAB:

a. Indicare il tipo di audit in precedenza sostenuto e l'ultimo giorno di audit:

Tipo Audit	(gg/mm/aaaa)	Tipo Audit	(gg/mm/aaaa)
<input type="checkbox"/> AUDIT DI CERTIFICAZIONE (FASE2)	____/____/____	<input type="checkbox"/> AUDIT II SORVEGLIANZA	____/____/____
<input type="checkbox"/> AUDIT I SORVEGLIANZA	____/____/____	<input type="checkbox"/> AUDIT RINNOVO	____/____/____

b. Indicare la motivazione puntuale:

.....

2.2 Descrizione attività-processi-prodotti/servizi coperti dal sistema di gestione dell'organizzazione (incluse le esclusioni) - N.B. Indicare esclusivamente le attività per le quali si richiede la certificazione

.....

2.3 L'organizzazione (nel caso di risposta negativa passare al punto 2.4):

A)	COMMERCIALIZZA DISPOSITIVI MEDICI (DM)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	NON E' IMPORTATORE NELLA UE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
B)	EROGA SERVIZI ED ATTIVITA' CORRELATE AI DISPOSITIVI MEDICI?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

2.3.1 Se il punto 2.3/A è "SI", indicare quali Macrofamiglie di (DM) sono commercializzate:

<input type="checkbox"/> DM classe I	<input type="checkbox"/> DM su misura	<input type="checkbox"/> DM monouso sterili (compresi DM Cl. 3)
<input type="checkbox"/> DM monouso non sterili	<input type="checkbox"/> DM con funzione di misura	<input type="checkbox"/> Dispositivi invasivi chirurgici
<input type="checkbox"/> DM attivi	<input type="checkbox"/> IVD (Dispositivi medico-diagnostici in vitro)	<input type="checkbox"/>

2.3.2 Outsourcing (compilare solo se la risposta 2.3/A è "SI")

L'Organizzazione affida in outsourcing alcune attività?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---	-----------------------------	-----------------------------

2.3.3 Elencare i Fornitori coinvolti nell'outsourcing (compilare solo se la risposta 2.3/A è "SI"):

Fornitore	Ubicazione	Tipologia di prodotti/servizi forniti

2.4 Indicare eventuali modifiche aziendali sopravvenute nel corso di validità della certificazione (es. cambio proprietà, dirigenti con ruoli chiave, personale tecnico, attrezzature o macchinari, attività o processi, ecc.)

.....

2.5 Elencare i processi e/o le attività che l'azienda dà in outsourcing:

1. 3.
 2. 4.

2.6 L'organizzazione, in persona del suo legale rappresentante, dichiara che i siti temporanei allestiti per l'esecuzione della propria attività sono così composti (nel caso allegare elenco dettagliato):

Committente	Ubicazione	Inizio Attività	Fine Attività	N° Personale coinvolto

3. Autorizzazioni ambientali in possesso delle organizzazioni richiedenti la certificazione ISO 14001

N°	Elenco Autorizzazioni	Ente Emittente	Data Emissione	Data Scadenza
1				
2				

4. Descrizione processi e relativa normativa cogente per i richiedenti la certificazione OHSAS 18001

N°	Descrizione Processi	Leggi e Regolamenti correlati
1		
2		

5. Selezionare gli aspetti applicabili all'organizzazione, in caso di richiesta di audit combinati/integrati

<input type="checkbox"/> Riesami Direzione che considerano strategie e pianificazione globali dell'organizzazione	
<input type="checkbox"/> Predisposizione di documentazione integrata tra cui istruzioni di lavoro, ad un buon livello di sviluppo	
<input type="checkbox"/> Approccio integrato per i meccanismi di miglioramento (Azioni correttive e preventive, misurazioni e miglioramento continuo)	
<input type="checkbox"/> Approccio integrato per la pianificazione, con un buon uso di approcci per una globale gestione del rischio dell'organizzazione	
<input type="checkbox"/> Approccio integrato per i processi di sistema	<input type="checkbox"/> Approccio integrato per gli audit interni
<input type="checkbox"/> Approccio integrato per politica ed obiettivi	<input type="checkbox"/> Responsabilità e supporto della Direzione unificata

6. Modalità di conoscenza di ACCERTA S.P.A.

Avete conosciuto ACCERTA tramite:

Pubblicità su giornale	<input type="checkbox"/>	Org. certificata ACCERTA	<input type="checkbox"/>	Corso di formazione	<input type="checkbox"/>
Convegno/Seminario	<input type="checkbox"/>	Contatto ACCERTA	<input type="checkbox"/>	Sito web ACCREDIA	<input type="checkbox"/>
Sito web ACCERTA	<input type="checkbox"/>	Consulente	<input type="checkbox"/>	Altro:.....	<input type="checkbox"/>

7. Eventuali richieste erogazione altri servizi

Se desiderate comunicarci gli altri servizi di cui la Direzione dell'organizzazione intende usufruire, a breve o in futuro, nell'ambito delle attività di certificazione, Vi preghiamo di volerci indicare le aree di Vs maggiore interesse:

1. 3.
 2. 4.

L'invio della domanda di offerta NON impegna l'organizzazione richiedente nei confronti di ACCERTA SPA, ma costituisce esclusivamente richiesta di emissione di offerta commerciale per le condizioni generali di erogazione del servizio. L'organizzazione, inoltre, accetta di adeguarsi ai requisiti per la certificazione di ACCERTA S.p.A. e di essere disposta a fornire ogni utile informazione necessaria per la valutazione nel caso di accettazione dell'offerta commerciale.

Data _____

Il Legale Rappresentante _____

(o un Rappresentante autorizzato)

(Timbro e Firma Leggibile)

INFORMATIVA ex ARTT. 12, 13, 14 del Reg. Europeo n. 2016/679

Il CAB opera nella piena conformità ed applicazione del Regolamento UE 2016/679 circa il trattamento dei dati forniti dall'organizzazione, in particolare, si rimanda ad una espressa condivisione degli artt. 1-14 del citato Regolamento e per maggiore trasparenza si richiama l'articolo 15 "Diritto di accesso dell'interessato". Il testo integrale di tale articolo è riportato nel documento "Informativa ex artt. 12, 13, 14 del Reg. Europeo n. 2016/679", parte integrante della presente Domanda di Offerta e disponibile sul sito www.accerta.it.

Pertanto, l'invio della presente domanda costituisce anche evidenza della presa visione e relativa prestazione del consenso al trattamento dei dati citati nel documento "Informativa ex artt. 12, 13, 14 del Reg. Europeo n. 2016/679", documento che deve essere preso in carico e conservato dall'organizzazione unitamente agli altri documenti richiamati all'interno del presente regolamento, nella revisione vigente.

Il titolare del trattamento dei dati è Accerta S.p.A. con sede in Pagani (SA), alla Via Mammì, snc nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO AI SENSI DELL'Art. 7 del Reg. Europeo n. 2016/679

L'eventuale rifiuto di conferire i dati personali potrà determinare l'impossibilità al proseguimento del rapporto.

Il sottoscritto _____ in qualità di legale rappresentante dell'organizzazione o di un suo Rappresentante autorizzato _____ a seguito di presa visione delle informazioni di cui all'art. 7 del Reg. Europeo n. 2016/679 acconsente al trattamento di dati sensibili in conformità a quanto sopra indicata.

Data _____

Il Legale Rappresentante _____

(Timbro e Firma Leggibile)

Vi preghiamo voler inviare il presente documento via fax al n. 081/915009 ovvero a mezzo e-mail al seguente indirizzo: info@accerta.it

Parte riservata ad Accerta S.p.A (non scrivere nell'area sottostante)

a cura del Direttore Tecnico

Timbrare e siglare per avvenuto riesame domanda

Data _____