



**IAF38**

(Sanità ed altri servizi sociali)

**DOMANDA DI OFFERTA**

(nell'eventualità è possibile barrare anche più di una casella)

**CERTIFICAZIONE**

**ESTENSIONE**

**RINNOVO**

**PASSAGGIO DA ALTRO CAB**

Vi chiediamo gentilmente di compilare i dati 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 RT04 (non più vigente ma preso come riferimento), RT09, RT12 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	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"/> .....

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 Definizioni**

<b>Struttura</b>	Con tale termine si può intendere, a seconda del contesto, tanto l'azienda sanitaria nel suo complesso (es. ospedale, casa di cura, poliambulatorio privato, laboratorio di analisi privato, ecc.) quanto una singola unità operativa di un'azienda sanitaria di grandi dimensioni oggetto della visita ispettiva (es. il poliambulatorio di un'azienda sanitaria, il reparto di medicina interna di un ospedale, ecc.) Nella struttura devono esistere le funzioni di direzione generale, tecnica e organizzativa (a volte anche amministrativa).
<b>Struttura Complessa</b>	Articolazione organizzativa per la quale è prevista la responsabilità di gestione di risorse umane, tecnologiche e materiali. Il grado di complessità della struttura complessa può variare anche sensibilmente, in quanto la medesima può coincidere con la singola Unità Operativa Autonoma, con il dipartimento, distretto sanitario o presidio ospedaliero.
<b>Unità Operativa</b>	Struttura che rappresenta un'articolazione del Dipartimento e aggrega risorse afferenti ad un sistema tecnico comune, definito dalla disciplina di riferimento oppure da particolari patologie o popolazioni target. Può definirsi a diversi livelli assistenziali (degenza ordinaria, day hospital, assistenza ambulatoriale, domiciliare).

**1.5 Caratteristiche organizzative e gestionali**

<input type="checkbox"/> <b>Organizzazione di Tipo "A"</b>	Struttura Operativa singola, autonoma		
<input type="checkbox"/> <b>Organizzazione di Tipo "B"</b>	Singola Unità Operativa in Struttura complessa		
<input type="checkbox"/> <b>Organizzazione di Tipo "C"</b>	Strutture Sanitarie Complesse (es. ASL, Ospedale, ecc.) organizzate in: <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dipartimenti</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Unità Operative</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Dipartimenti	<input type="checkbox"/> Unità Operative
<input type="checkbox"/> Dipartimenti			
<input type="checkbox"/> Unità Operative			

**1.6 L'Organizzazione, in persona del suo legale rappresentante, dichiara che il numero dell'organico complessivo (A+B+C), come da uniEMens, e i turni di lavoro 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: .....

**1.7 Nel caso di organizzazioni identificabili come Tipo "A" o Tipo "B" compilare il punto 1.6.1, nel caso di organizzazioni identificabili come Tipo "C" compilare il punto 1.6.3, ove applicabile (se gli spazi riservati a tali notizie non sono sufficienti, i riferimenti possono essere riportati in documento da allegare alla presente).**

**1.7.1 Indicare ogni singola unità operativa e la disciplina di riferimento:**

Unità Operativa	Disciplina di Riferimento

**1.7.2 Indicare i dipartimenti, con le relative unità operative, e le discipline di riferimento oppure tutte le unità operative, se non organizzate in dipartimenti, e le discipline di riferimento:**

Dipartimenti	Unità Operativa	Disciplina di Riferimento

**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**

.....

.....

.....

.....

**2.4 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 OUT-SOURCING:**

1. .... 4. ....

2. .... 5. ....

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

N°	Elenco Autorizzazioni	Ente Emittente	Data Emissione	Data Scadenza
1				
2				
3				
4				

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

N°	Descrizione Processi	Leggi e Regolamenti correlati
1		
2		
3		
4		

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

<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:

- |                       |                          |                          |                          |                     |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Publicità 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 Art. 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](http://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 Mammi, 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 \_\_\_\_\_

(o un Rappresentante autorizzato)

(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](mailto: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 \_\_\_\_\_