

(pieczęć firmowa)

ZAŁĄCZNIK Nr 2

....., dnia

(miejsowość)

DANE O KLIENCIE nr

Nasz znak:.....

FIRMA:
(pełna nazwa firmy)

NIP: ---

Adres:

.....
(ulica)

__ - __ - __
(kod) (miejsowość)

Telefony:/fax

Internet: e-mail:
strona www

Norma:

ISO 9001:2000

ISO 14001

HACCP

ISO 18001

QS 9000

ISO/TS 16949

inne

Osoba kontaktowa w firmie:
(Nazwisko i Imię)

tel:/fax/ tel. kom.....

e-mail:

Branża (proszę poniżej wymienić wszystkie rodzaje działalności firmy, które będą podlegały certyfikacji – zmiana zakresu certyfikacji w trakcie audytu certyfikacyjnego nie będzie możliwa!):

Zakres działalności:

Podstawowe produkty/usługi.....

Czy w firmie prowadzony jest proces projektowania TAK NIE

Liczba pracowników (całkowita)....., w tym:
administracyjnych.....zatrudnionych na niepełnym wymiarze czasu.....
handlowychuczniowie.....
kierowców.....pracownicy kontraktowi.....
niewykwalifikowanych.....sezonowych.....
zatrudnionych na um. zlecenie o dzieło.....innych:.....

- Liczba zmian roboczych : ← / ↑ / →
- Liczba pracowników na zmianę: /...../.....
- Liczba lokalizacji/...../.....
- Adresy/...../.....
-/...../.....

SYSTEM ZARZADZANIA

Czy firma zainteresowana jest:

- szkoleniami z zakresu systemów zarządzania TAK NIE
- opracowaniem, wdrożeniem i certyfikacją systemów zarządzania TAK NIE

- Czy firma jest w trakcie wdrażania systemu.....** TAK NIE
 Jeżeli system jest wdrażany, to na jakim etapie:.....

WARUNKI

1. ADRES PRZESŁANIA OFERTY

- a) firma / imię i nazwisko:
- b) adres korespondencyjny:
- c) telefony:
- d) adres internetowy:

2. TERMINY:

- a) termin przesłania oferty:
- b) okres / data rozpoczęcia i zakończenia wdrażania systemu ISO:
- c) proponowana / przewidywana data przeprowadzania audytu certyfikacyjnego:

3. INNE i UWAGI

Przedstawiciel sporządzający ankietę:

.....
Imię i nazwisko

.....
(pieczęć firmowa przedstawiciela)

Przyjęto:

.....
(stempel)

.....
(podpis)

.....
(data)