



QUESTIONARIO INFORMATIVO ISO 15085

AZIENDA			
Ragione sociale :			
Partita IVA :			
Indirizzo :			
Persona di riferimento :		E-mail :	
Telefono :	Fax :	Cellulare :	
SITO PRODUTTIVO (se diverso dalla sede)			
Denominazione :			
Indirizzo :			
Persona di riferimento :		E-mail :	
Telefono :	Fax :	Cellulare :	
INFORMAZIONI			
L'Azienda è certificata UNI EN ISO 9001:2015 ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
L'Azienda è in fase di implementazione del sistema UNI EN ISO 9001:2015 ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
L'Azienda è certificata UNI EN ISO 3834:2006 ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Se sì, quale livello ? <input type="checkbox"/> 2 (Completo) <input type="checkbox"/> 3 (Medio) <input type="checkbox"/> 4 (Elementare)			
L'Azienda è in fase di implementazione del sistema UNI EN ISO 3834:2006 ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
In riferimento a quale dei seguenti livelli di attestazione UNI EN ISO 15805 l'Azienda intende certificarsi ?			
<input type="checkbox"/> CL1 <input type="checkbox"/> CL2 <input type="checkbox"/> CL3 <input type="checkbox"/> CL4			
L'Azienda si occupa di : <input type="checkbox"/> Nuova produzione <input type="checkbox"/> Manutenzione			
E' presente all'interno dell'Azienda un Coordinatore di saldatura qualificato in accordo alla UNI EN ISO 14731 ?			
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, indicare la qualifica :			
Sono presenti in Azienda procedimenti di saldatura qualificati ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Sono presenti in Azienda saldatori qualificati ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
In Azienda è presente del personale addetto ai CND (Controlli Non Distruttivi) ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Se sì, indicare i tipi di CND presenti e il livello di qualifica in accordo alla ISO 9712 :			
L'Azienda commissiona operazioni di saldatura ad aziende esterne (outsourcing) ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Superficie dello stabilimento aziendale (m ²) :			
Organico aziendale : n° Dirigenti n° Operai n° Totale			
Altre persone coinvolte nell'attività da certificare (esterni a contratto, appaltatori, ecc.) : n°			
Numero di persone impiegate per la Gestione della Qualità : n°			
Breve descrizione dell'attività per cui l'Azienda chiede la certificazione e aspetti significativi dei processi :			
Eventuali certificazioni di prodotto o sistema ottenute :			
L'Azienda svolge attività al di fuori di quelle per le quali richiede la certificazione ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Quali ?			
L'Azienda fabbrica prodotti soggetti a marcatura CE ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Quali ?			
Tempo entro il quale l'Azienda si deve certificare : <input type="checkbox"/> entro 3 mesi <input type="checkbox"/> entro			
Si prega di restituire il presente questionario debitamente compilato all'indirizzo : info@centroservizi-industriali.it			

Data

Cliente