

## DOMANDA DI INSERIMENTO ALL'ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI

AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
Istituto Giovan Battista Ferrigno  
Via G. Gentile, s.n.c.  
CAP 91022 – Castelvetro

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di  titolare  legale rappresentante  curatore

(in caso di curatore dovrà essere allegato anche l'atto di procura, in originale o in copia conforme all'originale)

dell'operatore economico

Sede legale:

(Via/Piazza – CAP Comune – (sigla provincia)

Sede operativa:

(Via/Piazza – CAP Comune – (sigla provincia)

Codice Fiscale:

Partita IVA:

Telefono:

FAX:

PEC:

e-mail:

Sito Web:

### INPS

Matricola azienda:

Sede:

### INAIL

Codice azienda:

Sede:

Posizione assicurativa territoriale:

### Tipologia C.C.N.L.

#### Altre sedi

1 -

(Via/Piazza – CAP Comune (Sigla provincia)

2 -

(Via/Piazza – CAP Comune (Sigla provincia)

3 -

(Via/Piazza – CAP Comune (Sigla provincia)



## Sezione operativa

(\*N.A. = requisito non applicabile)

**Siete inseriti nel Mercato elettronico delle P.A.?**

SI     NO

**Siete disponibili a fornire un elenco dei Vostri clienti?**

SI     NO

**Siete già fornitori di altre Pubbliche Amministrazioni?**

SI     NO

**Avete un settore dedicato all'assistenza Clienti?**

SI     NO     N.A.\*

**Avete documentazione di presentazione cataloghi merceologici / curriculum degli operatori?**

(solo per fornitori di servizio di consulenza)

SI     NO     N.A.\*

**Gli ordini sono soggetti a un "minimo fatturabile"?**

SI     NO

**I Vostri prodotti sono certificati ai sensi di legge (marchio CE., ect...)?**

SI     NO     N.A.\*

**Siete disponibili a fornirci i certificati relativi ai Vostri prodotti?**

SI     NO     N.A.\*

**I vostri prodotti (servizi) possono essere consegnati (realizzati) in quantità secondo modalità concordabili e flessibili?**

SI     NO

**Qual è mediamente il Vostro preavviso minimo per la consegna (l'erogazione del servizio)?**

< 7gg     < 15gg     > 15 gg

## SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ

(NB: Le risposte devono corrispondere alla reale situazione aziendale)

La Vostra organizzazione è certificata?  SI  NO  N.A.\*

**Se SI:**

Con norma:

Data di scadenza:

Ente di Certificazione:

**Se NO o N.A. si prega di rispondere alle domande successive**

**Sono definite (e codificate) al Vostro interno le modalità di gestione del reclamo dei Vostri clienti?**

SI  NO

**Sono definite (e codificate) al Vostro interno le modalità di rilevazione del grado di soddisfazione dei Vostri clienti?**

SI  NO

**Effettuate controlli durante il processo di produzione / distribuzione (erogazione del servizio)?**

SI  NO

**Sono registrati i controlli effettuati?**

SI  NO

**Vengono comunicate in forma scritta variazioni delle date di consegna concordate?**

SI  NO

**Siete disponibili ad accettare una Visita Ispettiva da parte di un nostro incaricato (esperto di qualità) presso la Vostra organizzazione?**

SI  NO