Bambino Gesù OSPEDALE PEDIATRICO	**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DEI FORNITORI**	Cod.: MD SC 01 Data: 30/03/2022 Rev. 0 Pagina 1 di 1

PARTE I: INFORMAZIONI RELATIVE AL FORNITORE

[] Ragione Sociale .....

[] Sede Legale Indirizzo..... ....C.A.P.....Città……

Telefono .....…..... Fax .....….....….. Posta elettronica……. Sito Internet……..……..

[] Sede Amministrativa Indirizzo .....……..……

C.A.P.…….. Città…….....…… Telefono .....…..... Fax ...…….....….....…..

[] Anno di fondazione……. [] Iscrizione Camera di Commercio di: ..... n°…… ..

[] Iscrizione Albo ..... n° .....
[] Codice fiscale……. [] P.IVA…….....……....……..

[]Capitale Sociale……[]Banca appoggio……

[] Codice IBAN……

[] Termini di pagamento standard……

[] Fatturato 1) Anno in corso (stima)……
2) Anno precedente…… .
3)……..

Principali settori di attività (Peso sul fatturato)……
……
Elenco principali clienti in ordine decrescente di importo e % fatturato anno precedente

Cliente	%Fatturato	Linee di Prodotto
……..		
……..		
……..		
……		
……..		

Referenze altri clienti
…….
…….
[] Peso in percentuale dell'Ospedale sul fatturato Fornitore ……..
…….
[] Indicare se è già stato fornitore dell'Ospedale utilizzando altra Ragione Sociale…….
……..
Personale Impiegato:

Anno in corso……. Dirigenti……. Impiegati…… Operai……. Totale……..

Anno precedente …… Dirigenti……. Impiegati…… Operai……. Totale……..
(Allegare organigramma aziendale)

Tipologia del fornitore Produttore Distributore Importatore Erogatore di servizi Altro

Elenco prodotti/servizi commercializzati……
……
…….

Esclusività/ unicità forniture. …….

Nota: (si prega inviare in allegato catalogo/documentazione tecnica dei prodotti /servizi forniti).

Luogo del Centro di Distribuzione ……

Nome del Trasportatore……Tempi di Consegna……..

PARTE II : INFORMAZIONI RELATIVE AL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ DEL FORNITORE

L'Azienda ha un Sistema Qualità documentato?
[] NO [] SI
[] dal …… .....
[] Norma di riferimento: .....

L'Azienda fornisce prodotti /servizi certificati?
[] NO [] SI
[] Elencare i prodotti/servizi certificati ed il tipo di certificato:
.....
.....

L'Azienda ha conseguito la certificazione del Sistema Qualità?
[] NO [] SI
[] Ente di certificazione: .....
.....
[] Data di emissione certificato: .....
(Allegare copia certificazione)

L'Azienda, per tenere sotto controllo la realizzazione e fornitura del prodotto, si avvale della seguente documentazione:
[] .....

[].....

PARTE III : RISERVATA ALLE AZIENDE CHE NON HANNO IMPLEMENTATO UN SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ DOCUMENTATO *(Rispondere alle seguenti domande barrando la casella SI o NO)*

	L'Azienda:	**SI**	**NO**
1)	Definisce e documenta la politica aziendale per la qualità e le responsabilità delle funzioni aziendali?	[]	[]
2)	Effettua verifiche ispettive interni di qualità?	[]	[]
3)	Esegue controlli sulla progettazione?	[]	[]
4)	Effettua revisioni dei contratti e degli ordini?	[]	[]
5)	Controlla la documentazione?	[]	[]
6)	Controlla gli acquisti ed i subfornitori?	[]	[]
7)	Usa fornitori e materiali/componenti qualificati?	[]	[]
8)	Gestisce l'identificazione e la rintracciabilità del prodotto?	[]	[]
9)	Effettua il controllo dei processi?	[]	[]
10)	Ispeziona e collauda i prodotti in ingresso, in produzione e prima del rilascio?	[]	[]
11)	Effettua i controlli e le tarature della strumentazione di misura?	[]	[]
12)	Identifica lo stato delle ispezioni e collaudi?	[]	[]
13)	Tiene sotto controllo il prodotto non conforme?	[]	[]
14)	Esegue le azioni correttive e preventive e ne tiene le registrazioni?	[]	[]
15)	Opera con procedure di accettazione, posizionamento, stoccaggio, preparazione e consegna?	[]	[]
16)	Possiede le registrazioni relative alla qualità?	[]	[]

17)	Conserva le registrazioni dell'addestramento e della qualifica del personale?	[]	[]
18)	Fornisce assistenza sui prodotti/servizi secondo opportune procedure scritte?	[]	[]
19)	Opera con tecniche statistiche di campionamento?	[]	[]

PARTE IV : NORMATIVE

Inviare, unitamente al questionario, la dichiarazione di conformità alle seguenti normative:

- Decreto Legislativo 8 giugno 2001 n.231, "Disciplina della responsabilita' amministrativa delle persone giuridiche, delle Societa' e delle associazioni anche prive di personalita' giuridica".
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n.81 e successive modifiche relativo alle "misure in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".
- Decreto Legislativo 6 settembre 2011, n.159 - Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia.

Trasmettere, inoltre, se pertinente, la dichiarazione di conformità alle seguenti normative:

- Decreto Legislativo 24 febbraio 1997 n.46 "Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici".
- Decreto Legislativo 8 settembre 2000 n.332 "Attuazione della direttiva 98/79/CE relativa ai dispositivi medico-diagnostici in vitro".
- Decreto Legislativo 26 maggio 1997 n.155 "Attuazione delle direttive CE 43/1993 e 3/1996 concernenti l'igiene dei prodotti alimentari.
- Farmacopea Italiana ed Europea (medicinali).

PARTE V: TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto ……..……..…., in qualità di Legale Rappresentante di ……..……..…….. dichiara di aver ricevuto dall'Ospedale Bambino Gesù, quale Titolare del trattamento dei dati personali e, preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 "General Data Protection Regulation" nella quale vengono indicate finalità e base giuridica del trattamento dei dati personali (Art. 13.1. lett. c), Regolamento UE), le modalità del trattamento cui sono destinati i propri dati personali, i Eventuali destinatari o eventuali categorie di destinatari dei dati personali (Art. 13.1, lett. e), Regolamento UE)

Data

……..

Firma

….……

[] Il questionario è stato compilato il : .....

da ..... posizione.....

tel. .....

Data Firma

....