



MR 9.2/A1 QUESTIONARIO INFORMATIVO ORGANIZZAZIONE MULTISITO

Rev. 1 del 2017.09.15

DA INVIARE VIA FAX AL N. 0810603388 O VIA EMAIL A INFO@CENTROCERT.IT INSIEME A VISURA CAMERALE

RAGIONE SOCIALE	CODICE FISCALE	P.IVA
-----------------	----------------	-------

SEDE PRINCIPALE	CITTÀ	PROV.	CAP	
PERSONA DA CONTATTARE	CELL.	TELEFONO	FAX	EMAIL
ATTIVITÀ SVOLTA NELLA SEDE PER LA QUALE SI RICHIEDE LA CERTIFICAZIONE			TOTALE OCCUPATI NELLA SEDE	

SEDE SECONDARIA 1	CITTÀ	PROV.	CAP	
PERSONA DA CONTATTARE	CELL.	TELEFONO	FAX	EMAIL
ATTIVITÀ SVOLTA NELLA SEDE PER LA QUALE SI RICHIEDE LA CERTIFICAZIONE			TOTALE OCCUPATI NELLA SEDE	

SEDE SECONDARIA 2	CITTÀ	PROV.	CAP	
PERSONA DA CONTATTARE	CELL.	TELEFONO	FAX	EMAIL
ATTIVITÀ SVOLTA NELLA SEDE PER LA QUALE SI RICHIEDE LA CERTIFICAZIONE			TOTALE OCCUPATI NELLA SEDE	

SEDE SECONDARIA 3	CITTÀ	PROV.	CAP	
PERSONA DA CONTATTARE	CELL.	TELEFONO	FAX	EMAIL
ATTIVITÀ SVOLTA NELLA SEDE PER LA QUALE SI RICHIEDE LA CERTIFICAZIONE			TOTALE OCCUPATI NELLA SEDE	

Indicare di seguito i requisiti della norma ISO 9001:2015 applicabili nei diversi siti:

Requisito	4. CONTESTO	5. LEADERSHIP	6. PIANIFICAZIONE	7. SUPPORTO	8. ATTIVITÀ OPERATIVE	9. VALUTAZIONE	10. MIGLIORAMENTO
Sede Principale							
Sede Secondaria 1							
Sede Secondaria 2							
Sede Secondaria 3							
Sede Secondaria 4							

Nel caso di ulteriori siti duplicare questa pagina