

DOMANDA DI INSERIMENTO ALL'ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Castellucchio
Via Roma 3/a
46014 – Castellucchio (MN)

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)

Dipendenti

Numero totale dipendenti:

N° Dirigenti: N° Impiegati: N° Tecnici: N° Addetti qualità:

N° Operai: Altro N°

Categorie merceologiche

- Assicurazione alunni e personale
- Arredi e attrezzature per ufficio guidate
- Arredi scolastici
- Attrezzature e Sistemi informatici
- Altri materiali di consumo (ferramenta e piccola utensileria, etc.)
- Accessori per uffici
- Accessori per attività sportive e ricreative
- Carta, cancelleria, stampati
- Contratti di assistenza HW e SW
- Grafica e tipografia per stampati
- Materiale informatico elettronico
- Materiali di facile consumo (toner, cartucce etc)
- Materiale di pulizia
- Materiale igienico/sanitario
- Materiale antinfortunistico
- Materiale di facile consumo per attività didattiche
- Manutenzione macchine e attrezzature, HW e SW
- Manutenzione e riparazione macchinari e attrezzature
- Materiali e strumenti tecnico specialistici
- Materiale informatico e software
- Noleggio macchinari o altri beni
- Organizzazione viaggi d'istruzione
- Servizi bancari e assicurativi
- Servizio trasporto per visite guidate
- Servizio di Sicurezza e salute
- Servizio di Medicina del lavoro
- Servizio di Psicologia e pedagogia
- Servizio di assistenza alla persona
- Creatività (teatro, musica, arte, ecc.)
- Altro

(precisare Altro)

CHIEDE

di essere iscritto all'ELENCO OPERATORI ECONOMICI dell'Istituto Comprensivo di Castelluccio

(Comune) _____ , _____
(gg/mm/aaaa) Nome e Cognome del legale rappresentante (*)

(*) Il documento deve essere firmato dal dichiarante con firma digitale qualificata (p7m CADES oppure pdf PADES)

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