

CUESTIONARIO DE TOMA DE DATOS RELATIVOS A LA ORGANIZACIÓN

Por favor cumplimente los siguientes datos para poder atender su solicitud y ofrecerle la mejor oferta ajustándonos a las características de su organización. Toda la información suministrada en el presente documento será tratada confidencialmente.

Fecha solicitud:

RAZÓN SOCIAL		CIF	
NOMBRE CONTACTO	Teléfono	Email	
Nº DE EMPLAZAMIENTOS, DIRECCIÓN , ACTIVIDAD Y TABAJADORES (Indique cuál de ellos se considera la sede central)			
Nombre / Razón Social	Dirección	Actividad	Trabajadores
NORMAS QUE QUIERE IMPLANTAR			
ALCANCE DE CERTIFICACIÓN SOLICITADO			
Indique si considera que hay algún requisito de la norma que considere excluido del alcance, como por ejemplo el diseño.			
¿TIENE ALGUN OTRO SISTEMA DE GESTIÓN? En caso afirmativo indíquenos cuál			
INDIQUE LA PRINCIPAL LEGISLACIÓN QUE LE APLICA			
INDIQUE CUALQUIER INFORMACIÓN QUE CONSIDERE QUE PUEDA SER ÚTIL AL RESPECTO			