



## QUESTIONARIO QUALIFICAZIONE FORNITORE

Data: \_\_\_\_\_

Spett.le Società

vi informiamo che *(inserire nome azienda)* ha attivato un sistema di valutazione, qualificazione e monitoraggio dei propri fornitori.

Nell'ambito del nostro Sistema di Gestione della Qualità, infatti, abbiamo l'obbligo di provvedere alla qualifica dei fornitori in conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2000.

Il questionario che vi inviamo in allegato contiene tutte le informazioni che ci sono necessarie per poter valutare il vostro inserimento nell'Elenco dei Fornitori qualificati.

Vi preghiamo, quindi, di compilare il documento e di inviarlo a *(inserire funzione aziendale)* entro e non oltre 20 giorni dalla data di ricevimento della presente.

I riferimenti per l'invio del questionario (tramite fax o e-mail) sono: *(inserire)*

Per ogni chiarimento vi preghiamo di contattare *(inserire)*.

Con la speranza di potervi inserire tra i nostri fornitori qualificati, vi salutiamo cordialmente.

Firma \_\_\_\_\_



## QUESTIONARIO QUALIFICAZIONE FORNITORE

Ragione Sociale o nominativo: \_\_\_\_\_

### **Sede Legale:**

Via: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Sito internet: \_\_\_\_\_

### **Sede Operativa:**

Via: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Sito internet: \_\_\_\_\_

Codice fiscale / partita IVA \_\_\_\_\_

Iscrizione Registro imprese C.C.I.A.A. N. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Appartenza ad un Gruppo:  Sì Quale? \_\_\_\_\_  No

Settore: \_\_\_\_\_

Data fondazione: \_\_\_\_\_

N° collaboratori: \_\_\_\_\_ (se possibile, allegare l'organigramma)

Capitale sociale: \_\_\_\_\_ Fatturato: \_\_\_\_\_

Disponete di licenze o brevetti?  Sì (Descrivere)  No

---

---

---

---



## QUESTIONARIO QUALIFICAZIONE FORNITORE

N° clienti: \_\_\_\_\_

Se possibile, fornire un elenco dei clienti principali:

---

---

### Per i fornitori di materiali / Apparecchiature:

Produttore  Rivenditore  Entrambi

I vostri prodotti sono descritti a catalogo? Sì  No   
(Se sì, allegare catalogo)

Fabbricate i vostri prodotti su commessa o per il magazzino?

Commessa  Magazzino

Avete un magazzino? Sì  No

Se sì qual è il valore medio in giacenza? Euro \_\_\_\_\_

Per quanti anni saranno disponibili eventuali pezzi di ricambio?

Siete assicurati contro i rischi e la responsabilità da prodotto?

Tempo medio di evasione degli ordini: \_\_\_\_\_

Tempo medio di evasione degli ordini urgenti: \_\_\_\_\_

I vostri prodotti, se soggetti alla Direttiva Europea 89/106/CEE, sono marcati CE?

Sì  No

(Se sì, allegare copia della dichiarazione di conformità)

Disponibilità alla variazione del programma di consegne concordato: Sì  No

Se sì con quanto anticipo? \_\_\_\_\_

Avete un Servizio di Assistenza Postvendita? Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

---

---



## QUESTIONARIO QUALIFICAZIONE FORNITORE

Principali subfornitori:

---

---

Mezzi e macchine operatrici (numero, tipo, caratteristiche, in proprietà, locazione, leasing, ecc)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Per i fornitori di servizi professionali:**

Avete uno studio di progettazione? Sì  No

Se sì, com'è strutturato? Descrivere:

---

---

---

---

---

Per quali settori di intervento specifici? Descrivere:

---

---



## QUESTIONARIO QUALIFICAZIONE FORNITORE

La progettazione è certificata? Sì  No  Se sì, come? \_\_\_\_\_

N° addetti alla progettazione: \_\_\_\_\_ Loro qualifica: \_\_\_\_\_

Altre informazioni che si ritengono utili per descrivere compiutamente la società,  
eventualmente con allegati

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Avete la certificazione ISO 9001:2000?  Sì (Allegare il certificato)

No Avete intenzione di certificarvi?  Sì  No

Avete altre certificazioni?

Sì (Elencare) \_\_\_\_\_

No

Firma di chi ha compilato il modulo: \_\_\_\_\_ Funzione: \_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante: \_\_\_\_\_

### **DA COMPILARSI SOLO A CURA DEI FORNITORI NON CERTIFICATI**

Alcuni vostri committenti hanno eseguito visite ispettive nella vostra azienda?

Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

---

Siete disponibili a ricevere nostre visite ispettive?

Sì  No



## QUESTIONARIO QUALIFICAZIONE FORNITORE

Le attività seguenti da chi sono svolte?

- |                     |                    |                          |                     |                          |          |                          |
|---------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Ricerca e Sviluppo  | Da voi interamente | <input type="checkbox"/> | Da voi parzialmente | <input type="checkbox"/> | Da altri | <input type="checkbox"/> |
| Ricerche di mercato | Da voi interamente | <input type="checkbox"/> | Da voi parzialmente | <input type="checkbox"/> | Da altri | <input type="checkbox"/> |
| Progettazione       | Da voi interamente | <input type="checkbox"/> | Da voi parzialmente | <input type="checkbox"/> | Da altri | <input type="checkbox"/> |
| Gestione commesse   | Da voi interamente | <input type="checkbox"/> | Da voi parzialmente | <input type="checkbox"/> | Da altri | <input type="checkbox"/> |
| Approvvigionamento  | Da voi interamente | <input type="checkbox"/> | Da voi parzialmente | <input type="checkbox"/> | Da altri | <input type="checkbox"/> |

Controllo prodotti:

- |                   |                    |                          |                     |                          |          |                          |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| - in accettazione | Da voi interamente | <input type="checkbox"/> | Da voi parzialmente | <input type="checkbox"/> | Da altri | <input type="checkbox"/> |
| - intermedio      | Da voi interamente | <input type="checkbox"/> | Da voi parzialmente | <input type="checkbox"/> | Da altri | <input type="checkbox"/> |
| - finale          | Da voi interamente | <input type="checkbox"/> | Da voi parzialmente | <input type="checkbox"/> | Da altri | <input type="checkbox"/> |
| Produzione        | Da voi interamente | <input type="checkbox"/> | Da voi parzialmente | <input type="checkbox"/> | Da altri | <input type="checkbox"/> |
| Conservazione     | Da voi interamente | <input type="checkbox"/> | Da voi parzialmente | <input type="checkbox"/> | Da altri | <input type="checkbox"/> |
| Spedizione        | Da voi interamente | <input type="checkbox"/> | Da voi parzialmente | <input type="checkbox"/> | Da altri | <input type="checkbox"/> |
| Trasporto         | Da voi interamente | <input type="checkbox"/> | Da voi parzialmente | <input type="checkbox"/> | Da altri | <input type="checkbox"/> |
| Montaggio         | Da voi interamente | <input type="checkbox"/> | Da voi parzialmente | <input type="checkbox"/> | Da altri | <input type="checkbox"/> |
| Avviamento        | Da voi interamente | <input type="checkbox"/> | Da voi parzialmente | <input type="checkbox"/> | Da altri | <input type="checkbox"/> |
| Assistenza        | Da voi interamente | <input type="checkbox"/> | Da voi parzialmente | <input type="checkbox"/> | Da altri | <input type="checkbox"/> |

Esiste una funzione di Controllo Qualità nella vostra azienda?

Sì  No

Esiste una funzione di Assicurazione Qualità nella vostra azienda?

Sì  No

I controlli che effettuate sui processi sono formalizzati su piani di controllo validati dal cliente?

Sì  No

Avete un Manuale della qualità aziendale?

Sì  No

Avete un Sistema Qualità documentato da procedure scritte?

Sì  No

Potete garantire la comunicazione scritta riguardo gli aggiornamenti dei listini?

Sì  No



## QUESTIONARIO QUALIFICAZIONE FORNITORE

Avete cataloghi o schede tecniche che descrivano le caratteristiche dei prodotti?

Sì  No

Gli ordini dei clienti sono riesaminati in fase di accettazione?

Sì  No

I risultati della progettazione vengono controllati rispetto ai dati in ingresso?

Sì  No

Effettuate controlli della qualità:

- sulle materie prime? Sì  No

- sul processo? Sì  No

- sul prodotto finale? Sì  No

Descrivete le modalità con cui sono effettuati i controlli:

---

---

---

Esistono procedure scritte o norme per i controlli di qualità durante la fornitura o l'erogazione del servizio? Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

---

Sono noti i punti critici del processo e sono definiti i punti di controllo degli stessi?

Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

---

Esiste la registrazione dei controlli e delle azioni correttive adottate?

Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

---

Avete un sistema di identificazione dei materiali, prodotti e servizi?

Sì  No



## QUESTIONARIO QUALIFICAZIONE FORNITORE

I materiali non conformi vengono identificati?

Sì  No

Le attività esecutive sono programmate e controllate?

Sì  No

Utilizzate istruzioni operative scritte?

Sì  No

Gli strumenti utilizzati per l'esecuzione di misure, prove e controlli sono tarati o verificati in confronto a campioni nazionali e/o internazionali riconosciuti?

Sì  No

Per il trasporto della merce a destinazione vengono utilizzati mezzi propri?

Sì  No

Definite e documentate la politica aziendale per la qualità e le responsabilità delle funzioni aziendali?

Sì  No

Effettuate verifiche ispettive interne?

Sì  No

Subappaltate alcune lavorazioni? Se sì quali?

Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

---

Svolgete e documentate le attività di pianificazione, controllo e verifica delle prestazioni erogate? Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

---

Gestite in modo documentato per ogni incarico i dati di base? Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

---





## QUESTIONARIO QUALIFICAZIONE FORNITORE

Garantite la riservatezza della documentazione?      Sì       No

Garantite la riservatezza dei dati forniti dai clienti?      Sì       No

Esiste un sistema di valutazione preventiva delle fonti di approvvigionamento?

Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

Avete una lista dei fornitori approvati?

Sì  No

La vostra azienda è chiaramente orientata alla soddisfazione delle esigenze del cliente?

Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

La vostra azienda è chiaramente orientata al miglioramento continuo dei propri processi?

Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

Avete un piano di manutenzione programmata?

Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

L'addestramento del personale è pianificato e documentato?

Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

Le registrazioni sono effettuate su moduli predefiniti e archiviati regolarmente?

Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---



## QUESTIONARIO QUALIFICAZIONE FORNITORE

La vostra azienda possiede un sistema per garantire il controllo delle attrezzature impiegate?

Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

---

Esistono controlli sui dispositivi di misurazione?

Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

---

Esiste un sistema di gestione dei casi di reclamo da parte di un cliente?

Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

---

Le attività erogate dalla vostra azienda sono in accordo con le norme vigenti in materia di sicurezza (L.626/94)?

Sì  No

Se sì, descrivere:

---

---

---

Firma di chi ha compilato il modulo: \_\_\_\_\_ Funzione: \_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante: \_\_\_\_\_