



ANKIETA
DLA DOSTAWCÓW USŁUG

1. Czy posiadacie Państwo ustanowiony i funkcjonujący system zarządzania?

Tak Nie

Jeżeli tak, prosimy napisać, jaki

2. Czy Wasz system zarządzania jest certyfikowany?

Tak Nie

3. Czy Firma posiada stanowisko odpowiedzialne za sprawy związane z zarządzaniem systemem?

Tak Nie

Proszę podać: imię i nazwisko

.....

nazwa stanowiska

.....

Jeżeli firma posiada certyfikowany system zarządzania, nie ma konieczności wypełniania dalszej części ankiety.

4. Jeżeli Państwa Firma nie stosuje systemu zarządzania, czy zamierzacie go wprowadzić?

Tak Nie

5. Czy posiadacie Państwo tryb kwalifikacji dostawców?

Tak Nie

6. Czy posiadacie instrukcje określające sposób postępowania z wyrobami niezgodnymi (nie spełniającymi wymagań)?

Tak Nie

7. Czy przeprowadzacie Państwo kontrole jakości w procesie realizacji usługi?

Tak Nie

8. Czy przeprowadzacie Państwo kontrolę ostateczną?

Tak Nie

Jeżeli tak, to kto jest za nią odpowiedzialny?

9. Czy wyrażacie zgodę na przeprowadzenie auditu przez klienta?

Tak Nie



10. Preferowane warunki płatności :

<input type="checkbox"/>	gotówka przy odbiorze
<input type="checkbox"/>	30 dni
<input type="checkbox"/>	inne(wpisać,jakie):

.....

11. Czas reakcji na ewentualne reklamacje gwarancyjne

12. Inne pytania:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

METRYCZKA:

- 13. Nazwa firmy
- 14. Adres firm
- 15. Rodzaj świadczonych usług
- 16. Imię i nazwisko (osoby wypełniającej ankietę)
- 17. Telefon, telefon komórkowy.....
- 18. Data wypełnienia ankiety

Dziękujemy