



ANEXO: CUESTIONARIO DE PROVEEDORES

NOMBRE DE LA EMPRESA:	<input type="text"/>
C.I.F.	<input type="text"/>

NOMBRE DEL APODERADO	D.N.I.	ESCRITURA PODER	NOMBRE NOTARIO	FECHA ESCRITURA

(Según escrituras legitimadas que tengamos en nuestro poder)

DIRECCIÓN SEDE SOCIAL:	<input type="text"/>				
TELÉFONO:	<input type="text"/>	FAX:	<input type="text"/>	E-MAIL:	<input type="text"/>

	PERSONA DE CONTACTO CON LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL	TELÉFONO	FAX	E-MAIL
EN VENTAS				
EN CONTRATACIÓN				
EN SERVI. TÉC.				

ESTÁ LA EMPRESA INTEGRADA EN UN GRUPO: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUAL?	<input type="text"/>		
CAPITAL SOCIAL:	<input type="text"/>	NÚMERO DE PERSONAS EN LA EMPRESA :	<input type="text"/>
SITUACIÓN EN EL MERCADO (Fabricante, fabricante y distribuidor, distribuidor unicamente, representante y distribuidor exclusivo, reenvasador, comercio....)			
<input type="text"/>			

CLASIFICACIONES Y CERTIFICACIONES DEL SISTEMA DE CALIDAD

PROCEDIMIENTOS DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

(ISO, UNE, BS, DIN, AENOR, ETC):

¿QUIEN ES EL RESPONSABLE DE ANALIZAR LAS QUEJAS

DE LOS CLIENTES? (Nombre y teléfono de contacto):

EDI / EAN

¿CODIFICAN SUS PRODUCTOS CON EL CÓDIGO EAN? SÍ ☐ NO ☐

PLAZO DE ENTREGA PREVISTO ¿TIENEN IMPLANTADO EL SISTEMA EDI? SÍ ☐ NO ☐

¿TIENEN PENSADA SU IMPLANTACIÓN? SÍ ☐ NO ☐ FECHA APROXIMADA: