

Domanda di valutazione della conformità n. 999

Ai sensi e per gli effetti dell' art. 9 del REG 01 Regolamento per la valutazione della conformità dei Dispositivi di Protezione Individuale secondo il Regolamento (UE) 2016/425 disponibile sul nostro sito web www.cimac.it

Tipo certificazione modulo D richiesta	Sorveglianza annuale
--	----------------------

Luogo concordato per l'audit e campionamento			
Sede N. 1			
Azienda	ACS		
Indirizzo	via prova 5		
Città	ProvaCity	Cap	11111
PIVA	11223344	Nazione	91
Telefono	112233445566	Email	info@prova.it
Nome Contatto	Claudio	Cognome Contatto	s1
Attività svolte	AA bb cc		
Progettazione	5	Commerciale	6
Produzione	7	Assistenza clienti	8
Qualità	9	Acquisti	10
Altra attività (specificare)	AAA	Numero persone coinvolte	-11
Totale addetti coinvolti	34		
Lingua da utilizzare per l'audit	Italian		
Processi in outsourcing	AA BB		

Sede N. 2			
Azienda	ACSPROVABLA		
Indirizzo	via prova 5		
Città	ProvaCity	Cap	11111
PIVA	11223344	Nazione	91
Telefono	112233445566	Email	info@prova.it
Nome Contatto	Claudio	Cognome Contatto	s1
Attività svolte	sqsq		
Progettazione	11	Commerciale	2
Produzione	3	Assistenza clienti	4
Qualità	5	Acquisti	6
Altra attività (specificare)	sss	Numero persone coinvolte	7
Totale addetti coinvolti	38		
Lingua da utilizzare per l'audit	ss		
Processi in outsourcing	ss		

Domanda di valutazione della conformità n. 999

DPI			
N.	Cert N.	CIMAC	Sorveglianza
1	12345	No	Chiedo una certificazione Modulo D iniziale
1	12345	No	Chiedo una certificazione Modulo D iniziale
1	567	No	Chiedo il rinnovo della certificazione Modulo D

Produttori	
N. DPI	Produttore

Intestazione fatture			
Azienda	ACS		
Indirizzo	via prova 5		
Città	ProvaCity	Cap	11111
PIVA	11223344	Nazione	Guatemala
Telefono	112233445566	Email	info@prova.it
Nome Contatto	Claudio	Cognome Contatto	s1

Lingua certificato	Italiano-Inglese
Contatto	Claudio Sironi
Email	csironi@cesoft.io