

PG 4.4/1	PROCEDURA GESTIONALE	 ChemiLab
M4.4/1/1	RICHIESTE OFFERTE E CONTRATTI punto 7.1 GESTIONE CAMPIONI E PROVE - RICHIESTA DI ANALISI -	

Da: _____ _____ _____ _____	Spett.le Chemilab del Dott Massimo Ciancaleoni Via A. Vici, 8/D 06034 – Foligno (PG) Tel-Fax 0742/350809 Web: www.chemilab.org E-mail: ciancaleoni@chemilab.org
--------------------------------------	--

Vi conferiamo l'incarico per l'analisi delle seguenti matrici/campioni:

	Rif	T°arr.	Verifiche conformità

Note:

- Elenco prove cui sottoporre il campione:
 - Secondo Normative Vigenti.
 - Secondo Accordi, Preventivi, Contratto tra il Responsabile della Ditta e il Direttore del Laboratorio.
 - Secondo Standard di sicurezza/qualità interni all'Azienda.
 - RIFERIMENTO PREZZI: PREVENTIVO/CONTRATTO TARIFFARIO M4.4/1/8
- I campioni verranno conservati per 30 gg. dopo il termine delle prove su richiesta del Cliente: SI NO
- Le registrazioni delle prove verranno conservate per 48 mesi, le copie dei rapporti di prova per 48 mesi.
- I prezzi per le attività analitiche sono riportate nel Tariffario del Laboratorio (e/o nel preventivo scritto) o sono stati accordati con Consulenti Esterni, Intermediari, Convenzionati, Clienti diretti.**
- Il significato dell'accreditamento è disponibili sul sito www.chemilab.org e affisso in bacheca - Le prove (microbiologiche) accreditate ACCREDIA, così come le metodiche di prova, sono consultabili nell'elenco delle prove del Laboratorio con numero di accreditamento 0854 al sito www.accredia.it.**
- I prezzi per le attività analitiche si ritengono accettati alla consegna dei campioni ed alla firma del presente modulo.
- CRITERI DI CONFORMITA, (QUANTITA', INTEGRITA', STERILITA' MATERIALI PER CAMPIONAMENTO) :
 CONFORME NON CONFORME Causa: _____
- Le condizioni di vendita sono riportate nell'allegato **CONDIZIONI GENERALI DELLA FORNITURA M 4.4./1/7** allegato ai preventivi e disponibile per i clienti alla Reception per accettazione tariffario, firmando questo documento se ne accettano i contenuti.
- _____

Data di consegna: _____	Modalità di pagamento: <input type="checkbox"/> RiBa 60gg D.F.F.M. <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____
-------------------------	--

Riservato ai nuovi Clienti

- Codice Fiscale : _____

- Partita IVA : _____

- Banca di appoggio- Denominazione : _____ Codice IBAN: _____

Io sottoscritto dichiaro di aver ricevuto completa informazione ai sensi del Regolamento U.E. n. 679 del 27 Aprile 2016 e s.m.i."Codice in materia di protezione dei dati personali", ed esprimo la propria autorizzazione al trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini degli adempimenti di legge connessi a norme civilistiche, fiscali, contabili e assicurativi relativi alla gestione amministrativa del rapporto in atto. Il trattamento dei dati da parte del Dott. Ciancaleoni sarà, comunque, improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza nonché di tutela della riservatezza e dei diritti del soggetto interessato.

Il Responsabile del Servizio : _____	Il Responsabile per la Ditta: _____
---	--