

|                |                                     |      |            |
|----------------|-------------------------------------|------|------------|
| <b>in.tech</b> | <b>SCHEDA VALUTAZIONE FORNITORI</b> | Mod. | SVF        |
|                |                                     | REV. | 1          |
|                |                                     | Data | 23/04/2018 |

Il presente questionario va compilato in ogni sua parte, timbrato e firmato.  
Si garantisce l'uso riservato delle informazioni fornite.

*N.B. La rispondenza delle dichiarazioni sottoscritte nel presente questionario costituisce requisito essenziale per l'eventuale iscrizione all'Albo. In assenza a tale requisito ci riserviamo la facoltà di escludere dall'Albo e di risolvere i contratti eventualmente stipulati*

## DATI ANAGRAFICI

RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE

PARTITA I.V.A.

INDIRIZZO SEDE LEGALE

|              |       |
|--------------|-------|
| Via          |       |
| Località     |       |
| C.A..P.      | TEL.  |
| FAX          | email |
| Responsabile | cell. |

INDIRIZZO SEDE OPERATIVA

|          |       |
|----------|-------|
| Via      |       |
| Località |       |
| C.A..P.  | TEL.  |
| FAX      | email |

RAPPRESENTANTE LEGALE

cell.

CAPITALE SOCIALE

BANCA DI APPOGGIO

## PRINCIPALI SETTORI DI ATTIVITA'

- Edilizia
- Impianti Meccanici
- Impianti Elettrici
- Altro

|                |                                     |      |            |
|----------------|-------------------------------------|------|------------|
| <b>in.tech</b> | <b>SCHEDA VALUTAZIONE FORNITORI</b> | Mod. | SVF        |
|                |                                     | REV. | 0          |
|                |                                     | Data | 23/04/2018 |

AUTORIZZAZIONI / ABILITAZIONI / CERTIFICAZIONE DI PARTICOLORE RILEVANZA (46/90, SOA, ISO -OHSAS ecc. allegare copia ) + copia della Visura Camerale)

Il subfornitore è in possesso dei requisiti richiesti per l'ottenimento della certificazione prefettizia ai sensi della Legge Antimafia;

SI  NO

**AREA GEOGRAFICA**

LOCALE  REGIONALE  NAZIONALE  INTERNAZIONALE

**PERSONALE**

Responsabile Tecnico \_\_\_\_\_

Responsabile Commerciale \_\_\_\_\_

Agente di zona \_\_\_\_\_

**ELENCO REFERENZE**

Nome cliente

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Dirigenti n.

Impiegati n.

Operai n.

**FATTURATO (ultimi tre anni)**

| ANNO 2015 | ANNO 2016 | ANNO 2017 |
|-----------|-----------|-----------|
|           |           |           |

Data

Timbro e firma