|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **KWESTIONARIUSZ DOSTAWCY / USŁUGODAWCY** |  **PO/04/2014** |
| **Załącznik Nr 9** |
| Strona: | 1/1 |

Prosimy o odpowiedź na postawione niżej pytania. Ankieta kierowana jest do wszystkich dostawców wyrobów i usług, pragnących na stałe współpracować z Szpitalem Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

Nasze zadowolenie będzie dla Państwa reklamą w innych placówkach.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oferowany zakres dostaw lub usług: | Numer identyfikacyjny dostawcy |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| I. Dane ogólne dostawcy: |
| Nazwa firmy: |  |
| Adres: |  |
| Telefon / fax. |  |
| E – mail: |  |
| REGON: |  |
| NIP: |  |
| # Nr koncesji / Nr rejestracji: |  |
| # Godziny przyjęć zamówień: |  |
| # Najkrótszy czas dostawy: |  |
| # Rachunek na CD ROM-ie: |  |
| # Dostawy *Loko magazyn* |  |
| # Świadectwa rejestracji dla: mat. med., śr. dez., leków  |  |
| II. Dane dotyczące systemu Zarządzania Jakością: |
| 1. Czy firma stosuje System Zarządzania Jakością? | TAK |  | NIE |  |
| 2. Czy firma posiada Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością? | TAK\* |  | NIE |  |
| 3. Czy funkcjonuje skuteczny system kontroli dostaw surowców, materiałów, kwalifikowania wyrobów gotowych lub oceny świadczonych usług? | TAK |  | NIE |  |
| 4. Czy istnieje procedura reklamacyjna dla klienta?  | TAK\* |  | NIE |  |
| 5. Czy prowadzona jest lista referencyjna placówek służby zdrowia, do których dostarczany jest oferowany wyrób lub wykonywane są usługi? | TAK\* |  | NIE |  |
| 6. Osobą odpowiedzialną za jakość wyrobów, dostaw dla Szpitala jest:  | Imię i Nazwisko, telefon: |

\* prosimy o przesłanie kopii, # dotyczy dostawców apteki

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpis osoby wypełniającej: | Data: | Podpis Dyrektora Jednostki |
|  |  |  |