|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| logo_sz | **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 |
|  |  |  |