

**Scheda Anagrafica Fornitori**  
**Supplier Basic Data Form**

 SAF - Allegato 2 rev. 0 del 30.04.2020  
 NIC Q 740 - rev. 7 del 30.04.2020

Pagina 1 di 2

Fornitore: Supplier:							
Via Address		n°		CAP ZIP		Città City	
Provincia State				Stato Country			
Telefono Telephone				Fax			Cell. Mobile
E_mails							
Partita IVA VAT							
Iscrizione alla Camera di commercio Company Registration							
Anno di fondazione Company founded in (year)							
Numero dipendenti Number of Employees							
Settore Merceologico Supplied Materials				Fatturato anno precedente Turnover of last year			
Certificazioni Certifications	<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 9001		<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 149001		<input type="checkbox"/> OHSAS 18001		<input type="checkbox"/> NO
Banca di appoggio Bank							
Codice IBAN IBAN Code							
Riferimento: Reference:							
Persona da contattare Contact Person					Funzione Function		
Telefono Telephone					Fax		
Telefono Mobile Mobile Phone					E_mails		

<b>Infrastruttura</b> Infrastructure					
Sede Office	Superficie Coperta Covered Surface	Superficie Scoperta Uncovered Surface	Superficie Totale Total Surface	Peso Massimo Sollevabile Maximum Weight Lifting	Massimo Ingombro Interno Maximum Internal Dimensions
<b>Capacità Produttiva Indicativa ( Se significante)/ Indicative Production capacity (if significant)</b>					
Prodotto/ Product			Quantità Annuale/ Annual Volume		
1					
2					
3					

**Scheda Anagrafica Fornitori**  
**Supplier Basic Data Form**

 SAF - Allegato 2 rev. 0 del 30.04.2020  
 NIC Q 740 - rev. 7 del 30.04.2020

Pagina 2 di 2

**Vi sono prodotti / lavorazioni / trattamenti che sono sistematicamente affidate in sub fornitura?**  
**Are there products / processes / treatments that are routinely handled in subcontracting?**

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Quali? Which?
-----------------------------	-----------------------------	------------------

**Quali sono i Vostri principali mezzi di produzione? Allegare una Lista.**  
**What are your main means of production? Attach a list.**

Tipo/Model		No.	Tipo/Model		No.
<input type="checkbox"/>	Centri di Lavoro a Controllo Numerico Machining Centres Numerical Control		<input type="checkbox"/>	Saldatrici TIG/MIG - Welding machines TIG/MIG	
<input type="checkbox"/>	Torni / Lathes		<input type="checkbox"/>	Carri ponte / Overhead traveling cranes	
<input type="checkbox"/>	Frese/Mills		<input type="checkbox"/>	Troncatrici / Croppers	
<input type="checkbox"/>	Presse Meccaniche/ Mechanical presses		<input type="checkbox"/>	Trapani / Drilling	
<input type="checkbox"/>	Presse Piegatrici / Press Brake		<input type="checkbox"/>	Rettifiche / Grinding	
<input type="checkbox"/>	Dentatrici / Grooveprocessing		<input type="checkbox"/>	Taglio Plasma / Plasma cutting machine	
<input type="checkbox"/>	Punzonatrici a Controllo Numerico / Punching CNC		<input type="checkbox"/>	Taglio Laser /Laser cutting machines	
<input type="checkbox"/>	Macchine per Elettroerosione / EDM machines		<input type="checkbox"/>	Taglio ad Acqua/ Water cutting machines	

**Altri mezzi di produzione? Specificare e/o allegare una Lista.**  
**Other means of production? Specify and / or attach a list.**

Tipo/ Model		No.	Tipo/ Model		No.
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

**Quali sono i Vostri principali strumenti di misura per il controllo nel corso della produzione e per il collaudo finale? Allegare una lista.**  
**What are your main measuring instruments for control during production and final testing? Attach a list.**

Tipo/ Model		No.	Tipo/ Model		No.
<input type="checkbox"/>	Misuratore Tridimensionale / Tthree-dimensional control machine		<input type="checkbox"/>	Rugosimetri / Roughness Tester	
<input type="checkbox"/>	Multimetri / Multimeter		<input type="checkbox"/>	Chiavi dinamometriche / Torque Wrench	
<input type="checkbox"/>	Oscillografi / Oscillographs		<input type="checkbox"/>	Durometri/ Hardness Tester	
<input type="checkbox"/>	Celle di carico / Load Cells		<input type="checkbox"/>		

**Altri strumenti di misura? Specificare e/o allegare una Lista.**  
**Do you have other measuring instruments?**

Tipo/ Model		No.	Tipo/ Model		No.
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

Compilato da: Filled in by:						Data: Date:	
--------------------------------	--	--	--	--	--	----------------	--