

**SOLICITUD HOMOLOGACIÓN DE PROVEEDORES**

Proveedores cuyo volumen anual estimado de contratación sea superior a 59.999 euros.

<b>Razón Social:</b>		<b>Facturación anual esperada:</b>	
----------------------	--	------------------------------------	--

<b>PERSONA DE CONTACTO:</b>			
<b>Nombre:</b>		<b>Cargo:</b>	
<b>Teléfono:</b>		<b>Email:</b>	

<b>DATOS DE LA SOCIEDAD:</b>							
<b>Dirección:</b>				<b>CP:</b>		<b>Localidad:</b>	
<b>Provincia:</b>				<b>País:</b>			
<b>Teléfono:</b>		<b>Fax:</b>		<b>Email:</b>			
<b>N.I.F.:</b>				<b>Web:</b>			
<b>IBAN:</b>							
	<i>(Es requisito indispensable adjuntar junto con este documento un certificado bancario que acredite la titularidad de la cuenta)</i>						
<b>Objeto Social:</b>							

<b>INFORMACIÓN DE LA EMPRESA:</b>			
<b>Nº medio de empleados último ejercicio</b>			
<b>Volumen de ventas último ejercicio</b>			
<b>Sistema de calidad implantado (adjuntar en caso de concurso)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Gestión de Prevención de Riesgos Laborales implantado</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Sistema de gestión medioambiental implantado</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Cuentas anuales último ejercicio (Adjuntar)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Cuentas anuales auditadas último ejercicio (Adjuntar)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Otra información documentación relevante</b>			

<b>PRODUCTOS Y/O SERVICIOS HOMOLOGADOS:</b>	
<b>Producto / Servicio:</b>	
<b>Descripción:</b>	

La información indicada podrá ampliarse con catálogos, hojas de datos, etc.

Experiencia - Suministros más significativos entregados en los dos últimos ejercicios por cada producto o servicio en los que el proveedor quiera homologarse

Acreditaciones, homologaciones, certificaciones o reconocimientos obtenidos por el proveedor.

Añadir otra información o documentación que se considere relevante:

**DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR:**

<b>Nombre:</b>		<b>Responsabilidad:</b>	
<b>Firma y Fecha:</b>			

Declaro que la información indicada en este formulario es correcta

AMBILAMP hará uso reservado de los datos indicados en este formulario y los tratará de manera confidencial

Para uso interno de AMBILAMP

Para uso interno de AMBILAMP

Para uso interno de AMBILAMP

<b>Proveedor propuesto por:</b> <small>(Empleado AMBILAMP)</small>		<b>Fecha:</b>	
---	--	---------------	--

**CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

Proveedor estratégico y/o único	
Referencias Previas <small>(aclarar su origen en los comentarios de más abajo)</small>	
Proveedor de productos o servicios únicos o reconocidos en el mercado	
Otros	

**Comentarios:**

--

SOLICITUD	RECOMENDACIÓN	APROBACIÓN
Director Funcional	Director Financiero	Director General
Fecha	Fecha	Fecha