|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اطلاعات شرکت** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام شرکت فارسی : | | | | | | | | | | | | نام شرکت لاتین : | | | | | | | | | | |
| آدرس پستی شرکت : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| شناسه ملی شرکت: تاریخ ثبت شرکت: شماره ثبت: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام مدیرعامل: | | | | | | | | | | شماره موبایل : | | | | | | | | تلفن ثابت: | | | | |
| نام مسئول فنی/رابط: | | | | | | | | | | شماره موبایل : | | | | | | | | تلفن ثابت: | | | | |
| آدرس سایت شرکت: | | | | | | | | | | آدرس ایمیل شرکت: | | | | | | | | | | | | |
| مجوز دانش بنیان: دارد □ ندارد □ شماره مجوز: | | | | | | | | | | | | | | | | نوع دانش بنیان: | | | | | | |
| اطلاعات محصول تولیدی | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام محصول / گروه محصول | | | | پروانه ساخت IMED \* | | | نوع تولید | | | | گواهینامه\* | | | | آیا تاکنون صادرات داشته اید ؟ | | | | | درصد رضایمندی مشتریان\* | | |
|  | | | | دارد □  ندارد □ | | | مستقل □  مونتاژ □  بسته بندی □ | | | | ISO13485:2016 □  CE معتبر □ | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | دارد □  ندارد □ | | | مستقل □  مونتاژ □  بسته بندی □ | | | | ISO13485:2016 □  CE معتبر □ | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | دارد □  ندارد □ | | | مستقل □  مونتاژ □  بسته بندی □ | | | | ISO13485:2016 □  CE معتبر □ | | | |  | | | | |  | | |
| درصورتیکه صادرات داشتید جدول زیر تکمیل گردد: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| محصول | | | | | کشور مقصدصادراتی | | | | | | نوع الزام صادراتی اخذ شده  (CE،GOST،...) | | | | | | | | شروع صادرات | | | |
| ازتاریخ | | | تا تاریخ |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  |
| تعداد کارکنان براساس مقطع تحصیلات | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مقطع تحصیلی | | | دکتری | | | فوق لیسانس | | | لیسانس | | | | فوق دیپلم | | | | دیپلم | | | | جمع | |
| تعداد کارکنان | تمام وقت | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
| نیمه وقت | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
| تعداد کارکنان در بخش های زیر (صرفاً) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تحقیق و توسعه | | خدمات پس از فروش | | | کیفیت | | | صادرات | | | بازرگانی | | | تولید | | | | | توضیحات(در صورت نیاز) | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **لطفا سوالات زیر را بادقت پاسخ دهید:** | | | | | | |
| ردیف | سئوال | | | شرح | | |
| 1 | آیا مدارک سیستم مدیریت کیفیت شامل نظامنامه،روش،دستورالعملها ((QMS در سازمان جاری است؟ | | | بله □  خیر □ | تشریح خلاصه: | |
| 2 | آیا تاکنون شکایت، فراخوان یا گزارش‌هایی درباره نقص تجهیزات یا عملکرد شرکت ثبت شده است؟ | | | بله □  خیر □ | تشریح خلاصه: | |
| 3 | آیا تست های مربوط به عملکرد و ایمنی محصول توسط آزمایشگاه معتبر انجام شده است و سوابق آن وجود دارد؟ | | | بله □  خیر □ | تشریح خلاصه: | |
| 4 | آیا شرکت برای کارکنان خود دوره‌های آموزشی ضمن خدمت درباره محصولات، استانداردها و تکنولوژی‌های جدید برگزار می‌کند؟ | | | بله □  خیر □ | تشریح خلاصه: | |
| 5 | آیا شرکت نمایندگی‌های فروش فعال در تهران یا سایر شهرستان‌ها دارد؟ | | | بله □  خیر □ | تشریح خلاصه: | |
| 6 | الزامات مرتبط با PMS/PMCF/PMPF در سازمان جاری شده است ؟ | | | بله □  خیر □ | تشریح خلاصه: | |
| 7 | آیا شرکت تاکنون جایزه، گواهینامه ، افتخار یا دستاورد در حوزه تجهیزات پزشکی کسب کرده است؟ | | | بله □  خیر □ | تشریح خلاصه: | |
| 8 | آیا شرکت در دو سال اخیر در نمایشگاه‌های داخلی یا خارجی شرکت کرده است؟ | | | بله □  خیر □ | نام نمایشگاه ها : | |
| 9 | آیا شرکت اقداماتی برای کاهش تأثیرات زیست‌محیطی (مانند کاهش زباله‌های صنعتی، مصرف انرژی بهینه، بازیافت و ...) انجام داده است؟ | | | بله □  خیر □ | تشریح خلاصه: | |
| 10 | آیا شرکت برنامه یا اقداماتی در راستای مسئولیت اجتماعی مانند حمایت از مؤسسات خیریه، تأمین تجهیزات برای بیمارستان‌های کم‌برخوردار و ... دارد؟ | | | بله □  خیر □ | تشریح خلاصه: | |
| 11 | آیا شرکت برنامه‌ای برای کاهش اثرات تحریم‌ها بر تأمین و توزیع تجهیزات پزشکی در نظر دارد؟ | | | بله □  خیر □ | تشریح خلاصه: | |
| مشخصات تکمیل کننده | | | | | | |
| نام و نام خانوادگي: | | سمت: | تاریخ تکمیل: | | | مهر و امضاء: |

\*مستندات مربوطه بصورت پیوست ارسال شود.