

C.C.C.:				Fecha Apertura:		
Proveedor:				CIF:		
Razón Fiscal:						
Forma de pago:						
Persona de contacto:		Cargo:		Telf. Móvil:		
Dirección de correo electrónico:			Página web proveedor:			
Tipo de productos:						
Dirección:						
Municipio:		Provincia:		CP:		
Telf. 1:		Telf. 2:		Fax:		

\*Los campos en gris son rellenados por Administración. En el proceso de reevaluación, sólo es necesario el rellenar los campos en cursiva.

EVALUACION:		INICIAL <input type="checkbox"/>	REEVALUACIÓN <input type="checkbox"/>	RESULTADO:
1	<b>PLAZO DE ENTREGA:</b> <input type="checkbox"/> Bueno (3) <input type="checkbox"/> Aceptable (2) <input type="checkbox"/> Malo (1)	2	<b>RAPIDEZ EN LA RESPUESTA DE CONTACTO:</b> <input type="checkbox"/> Bueno (3) <input type="checkbox"/> Aceptable (2) <input type="checkbox"/> Malo (1)	
3	<b>VALORACION ECONÓMICA:</b> <input type="checkbox"/> Bueno (3) <input type="checkbox"/> Aceptable (2) <input type="checkbox"/> Malo (1)	4	<b>CERTIFICADOS:</b> <input type="checkbox"/> Más de un Certificado (3) <input type="checkbox"/> Un certificado (2) <input type="checkbox"/> Implantado (1) <input type="checkbox"/> Ninguno (0)	
5	<b>NO CONFORMIDADES</b> <input type="checkbox"/> Ninguna (0) <input type="checkbox"/> 1 a 5 (-1) <input type="checkbox"/> 6 o más (-3)	6	<b>APORTACIONES POSITIVAS</b> <input type="checkbox"/> Ninguna (0) <input type="checkbox"/> 1 a 5 (1) <input type="checkbox"/> 6 o más (3)	

<b>Observaciones:</b>

<b>Evaluated por:</b>		Firma:		<b>A fecha de:</b>	
-----------------------	--	--------	--	--------------------	--