


DESDE: JUAN Ct SANTANA GUTIERREZ

N TELEFONO: 410591

25 JUN. 2002 04:07PM P02

	<b>SISTEMA DE CALIDAD</b>	FT03
	<b>FICHAS TECNICAS</b>	EMISION d
	VERIFICACION DE PROVEEDORES	HOJA 1

SOLICITUD ALTA Y ACEPTACION PROVEEDORES

**TOS PROVEEDOR**

NOMBRE	MEDICAL MIX S.L.	COD. POSTAL	08190
DIRECCION	C/ESPERANTO, nº 12 Bjos.	TELEFONO	93.589.36.37
LOCALIDAD	SANT CUGAT DEL VALLES	TELEFAX	93.589.28.29
PROVINCIA	BARCELONA	ACTIVIDAD	COMERCIO MAYOR INSTRUMENTOS MEDICOS Y ORTOPEDICOS
IS			
IV/NIF	B-62447727		

**TOS REPRESENTANTE**

NOMBRE	JUAN CARLOS SANTANA	COD. POSTAL	35013
DIRECCION	C/FRANCISCO CHUECA, 6: 2º	TELEFONO	656.88.26.85
LOCALIDAD	LAS PALMAS G.C.	TELEFAX	828027273
PROVINCIA	LAS PALMAS G.C.	ACTIVIDAD	
IV/NIF	42786061 N		

**INDIQUESE SI POSEE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS DE CALIDAD**

SPONER DE CERTIFICADO DE CALIDAD AENOR (JUSTIFICAR)	
SPONER DE OTRO TIPO CERTIFICADO DE CALIDAD (JUSTIFICAR)	
INDIQUESE TIPO DE CERTIFICADO	

**CONDICIONES BANCARIAS**

NOMBRE ENTIDAD BANCARIA	BANC DE SABADELL
CUENTA CORRIENTE (20 digitos)	0081 0002 44 0001210528
CONDICIONES DE PAGO:	60 DIAS
FECHAS DE PAGO:	5 DE CADA MES

SELLO Y FIRMA EMPRESA

MEDICAL MIX, S.L.



**SISTEMA DE CALIDAD**  
**FICHAS TECNICAS**  
**VERIFICACION DE PROVEEDORES**

FT02  
EMISION e

10397

**ACEPTACION**

DATOS DEL PROVEEDOR

RAZON SOCIAL	<b>MEDICAL MIX, S.L.</b>		
NOMBRE COMERCIAL	<b>MEDICAL MIX, S.L.</b>		
Nº IDENTIFICACION FISCAL			
PERSONAS DE CONTACTO	<b>JUAN CARLOS SANTANA (DELEGADO)</b>		
DIRECCION	<b>ESPERANTO, 12</b>		
DISTRITO POSTAL	<b>08190</b>		

	JUSTIFICAR
REQUISITOS QUE SE CUMPLEN	<input type="text" value="3"/>
DISPONER DE CERTIFICADO CALIDAD AENOR	<input type="text"/>
DISPONER DE CERTIFICADO MEDIOAMBIENTAL	<input type="text"/>
DISPONER DE OTRO TIPO DE SELLO O CERTIFICADO CALIDAD	<input type="text"/>
EVALUACION POSITIVA DE MUESTRA DEL PRODUCTO	<input type="text" value="X"/>
EXPERIENCIA CONSOLIDADA DE ANTERIORES SUMINISTROS	<input type="text"/>
VALORACIÓN ECONÓMICA	<input type="text" value="X"/>
FICHA SOLICITUD FT03	<input type="text" value="X"/>

ACTIVIDAD **LABORATORIO PRODUCTOS FARMACEUTICOS**

PLAZO DE REPOSICION **60 DIAS**

TRAMITACION

PROPUESTA DE ACEPTACION	AUTORIZADO	INTRODUCIDO AL SISTEMA
FDO: JOSE I. JUANES HERRERO	FDO: GENARO BENITEZ FEBLES	FDO: JOSE I. JUANES HERRERO
FECHA: <b>18/07/02</b>	FECHA: <b>18/07/02</b>	FECHA: <b>18/07/02</b>



# FAX MESSAGE

PARA: HOSPITEN LAS AMERICAS

Sección Dto. Compras A/A Sr. Jose Ignacio.

DE: M<sup>a</sup> Antonia (Dep. Contabilidad)

FAX: 922.62.22.03

PAGINAS: 1+1

TELEFONO:

FECHA:26-06-2002

Re:

CC:

Urgente     Revisar     Comentar     Contestar     Reciclar

Remito ficha de proveedor cumplimentada, según conversación telefónica.  
Para cualquier consulta no dude en llamar a los teléfonos indicados.

Un saludo

M<sup>a</sup> Antonia Abad  
Dto. Contabilidad