



Fecha de revision 20061211

AIB International Inc.
 1213 Bakers Way
 PO Box 3999
 Manhattan, KS 66505-3999

800-633-5137
 785-537-4750
 Fax #785-537-0106
 www.aibonline.org

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

PLANTA #	
REGION	
CODIGO	
AUDITOR	
# / DAYS	
PROMAN	

Nombre de la persona llenando este formulario: _____

Cómo escuchó de nuestros servicios? Pedido del Cliente Internet Otro (Enumere) _____

Especifique el tipo de auditorías: Seguridad Alimentaria/GMP Seguridad Alimentaria Favor marque esta caja si no desea recibir un paquete de información del programa, incluyendo costos, criterio y materiales de entrenamiento, etc.
 Alérgeno QSE

DIRECCION FISICA DE LA COMPAÑIA/LUGAR A SER AUDITADO:

DIRECCION POSTAL DE LA COMPAÑIA/LUGAR A SER AUDITADO:

NOMBRE DE LA PLANTA: _____

CALLE #1 _____

CALLE #2 _____

CIUDAD/ESTADO/ _____

APARTADO POSTAL _____

PAIS _____

TELEFONO # _____

APARTADO POSTAL _____

CIUDAD/ESTADO/ _____

APARTADO POSTAL _____

PAIS _____

FAX # _____

ORDEN DE COMPRA # DEBE ser proporcionado si SU compañía requiere una orden de compra para pagar la factura		
RFC#		
ESPECIFIQUE EL MARCO DE TIEMPO DE LA AUDITORIA (Mes (Mes (enero, abril, octubre, etc.) O la temporada de procesamiento)		
INDIQUE EL NUMERO DE AUDITORIAS REQUERIDAS POR AÑO (Las auditorías continuarán anualmente hasta que AIB International sea notificada de suspensión)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Es esta una auditoría de una sola vez?
LE GUSTARIA QUE SU PRIMERA AUDITORIA SEA CONSIDERADA COMO ENTRENAMIENTO/SIN CALIFICACION (SI/NO)		
<input type="checkbox"/> ANUNCIADA (SOLAMENTE la persona a ser notificada abajo será informada de la fecha de la auditoría.	<input type="checkbox"/> NO ANUNCIADA (La fecha de la auditoría NO será informada a nadie)	
POR FAVOR INDIQUE LAS FECHAS QUE DEBERIAMOS EVITAR AL PROGRAMAR SU AUDITORIA.		

PERSONA A SER NOTIFICADA (Si la auditoría es anunciada, quién será informado de la fecha de la auditoría?)	
NOMBRE	
TITULO	
NOMBRE DE LA COMPAÑIA	
DIRECCION POSTAL	
CIUDAD/ESTADO/APARTADO	
CORREO ELECTRONICO	
NUMERO TELEFONICO	
NUMERO DE FAX	
RECIBE EL REPORTE?	<input type="checkbox"/> Correo O <input type="checkbox"/> Correo electrónico

DIRECCION POSTAL	
CIUDAD/ESTADO/APARTADO	
CORREO ELECTRONICO	
NUMERO TELEFONICO	
NUMERO DE FAX	
RECIBE EL REPORTE?	<input type="checkbox"/> Correo O <input type="checkbox"/> Correo electrónico

IDIOMA DEL REPORTE	<input type="checkbox"/> Inglés y/o <input type="checkbox"/> Español
FORMATO DEL REPORTE	<input type="checkbox"/> Narrativo O <input type="checkbox"/> Lista de verificación
*Algunos formatos no están disponibles en español. Se aplicarán cargos por las traducciones. Si no se selecciona el formato del reporte, se usará el formato estándar.	

DESTINATARIO DE LA FACTURA	
TITULO	
NOMBRE DE LA COMPAÑIA	
DIRECCION POSTAL	
CIUDAD/ESTADO/APARTADO	
CORREO ELECTRONICO	
NUMERO TELEFONICO	
NUMERO DE FAX	
RECIBE EL REPORTE?	
TITULO	<input type="checkbox"/> Correo O <input type="checkbox"/> Correo electrónico
CONTACTO EN LA PLANTA	
NOMBRE	
TITULO	
NOMBRE DE LA COMPAÑIA	

PROVEEDOR DE? (Nombre de la compañía que la planta auditada suministra y que requiere de las auditorías tripartitas – por favor especifique)	

POR FAVOR INDIQUE LA PERSONA DE LA PLANTA QUE DEBERIA RECIBIR UNA COPIA DEL REPORTE. INCLUYA CORREO ELECTRONICO.	
QUE TIPO DE PLANTA ES ESTA (Indique la descripción de los productos)	
DE QUE TAMAÑO ES ESTA PLANTA? (Especifique los pies cuadrados, metros cuadrados, acres de los campos, etc.)	
**SU USTED DESEA QUE SUS CLIENTES RECIBAN UNA COPIA DE SU REPORT AUDITORIA, POR FAVOR CONTACTE LOS SERVICIOS DE AUDITORIA PARA OBTENER LOS FORMULARIOS APROPIADOS. (1-800-633-5137)	
POR FAVOR INDIQUE EL AEROPUERTO Y HOTEL MAS CERCANO:	