For office use only

ACCOUNT #	
REGION	
CODE	
FSP	
# DAYS	
PROMAN	

Nombre de la persona que completa este documento: _____

¿Por qué medio ha conocido nuestros servicios?

- ☐ Solicitud de cliente
- ☐ Búsqueda en Internet
- ☐ _____

La inspección GMP de AIB International Inc.
NO ES UNA AUDITORIA DE "CERTIFICACION".

Es una evaluación y constancia de desempeño contra las Normas Consolidadas de AIBI para Inspección y sus documentos asociados.

¿Que tipo de inspección desea programar?

- ☐ Seguridad Alimentaria (BPF)
- ☐ Envases/Embalajes de contacto alimentario (BPF)
- ☐ Envases/Embalajes sin contacto con alimentos (BPF)
- ☐ Food Defense/Defensa de los Alimentos
- ☐ Inspección de preparacion para la FDA
- ☐ Evaluacion mercados globales
- ☐ Otros _____

DIRECCION FISICA DE LA INSTALACION

NOMBRE _____
CALLE #1 _____
CALLE #2 _____
CIUDAD/ESTADO/CP _____
PAIS _____
TELEFONO _____

DIRECCION POSTAL DE LA INSTALACION QUE SERA AUDITADA.

APARTADO POSTAL _____
_____
CIUDAD/ESTADO CP _____
PAIS _____
FAX # _____

TIPO DE INSTALACION *(producción alimentaria, centro de distribución, etc.) (Requerido)* _____

PRODUCTO *(alimentos, embalaje alimentario, etc.)* (*Requerido*) _____

TAMAŇO DE LA INSTALACION Detalle pie2, m2., acres/#de campos, etc. (*Requerido*) _____

DETALLE SI EXISTE ALGUNA ZONA DE LA INSTALACION FUERA DEL ALCANCE INCLUYENDO LA EXTENSION (pies2/ m2) DE LA ZONA EXCLUIDA _____

NUMERO DE EMPLEADOS DE LA INSTALACION _____

NUMERO DE LINEAS DE PRODUCCION _____

DETALLE PERIODO EN EL QUE SE HARA LA INSPECCION *(Mes (Enero, Abril, Octubre etc.) o periodo de producción)* _____

INDIQUE # DE AUDITORIAS REQUERIDAS/ AŇO *(Las auditorias se llevarán a cabo una vez/año al menos que el informe a AIB lo contrario*) _____

Es una única auditoria? ☐ Si ☐ No

QUISIERA USTED QUE LA PRIMERA AUDITORIA FUESE DE FORMACION/NO PUNTUADA? _____

☐ Auditoria de formacion ☐ Auditoria puntuada

☐ **ANUNCIADA** O ☐ **ANUNCIADA A PERSONAS CORPORATIVAS** OR ☐ **NO ANUNCIADA**

(*SOLAMENTE la persona a notificar en la p. 2 será informada de la fecha de la auditoria.)*

*(Las fechas **NO** seran informadas a nadie)*

POR FAVOR INDIQUE FECHAS A EVITAR PARA LA AUDITORIA

Una vez confirmada su auditoria, debe avisarnos **AL MENOS CON 22 DIAS DE ANTICIPACION SI NECESITA CANCELAR**

Por favor tenga en cuenta que una vez las fechas sean confirmadas, una solicitud para cancelar o cambiar eventos confirmados o no anunciados, incluyendo fechas, localización o actividades dentro de un lapso de 21 días continuos, resultara en cargos por tiempo perdido y por cualquier gasto ya llevado a cabo, al menos que la solicitud se haga como resultado de fuerza mayor (desastre o catástrofe).

DESTINATARIO DE LA NOTIFICACION *(Quien debe ser informado de una auditoria anunciada?)*	
NOMBRE	NUMERO DE TELEFONO
CARGO	CORREO ELECTRONICO
NOMBRE DE LA EMPRESA	
DIRECCION POSTAL	
CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL	
RECIBIRA EL INFORME? ☐ Si ☐ No	

FACILITY CONTACT	
NOMBRE	NUMERO DE TELEFONO
CARGO	CORREO ELECTRONICO
NOMBRE DE LA EMPRESA	
DIRECCION POSTAL	
CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL	
RECIBIRA EL INFORME? ☐ Si ☐ No	

DESTNATARIO DE LA FACTURA (QUIEN ES RESPONSIBLE DE LA FACTURA?)	
NOMBRE	NUMERO TELEFONICO
CARGO	CORREO ELECTRONICO
NOMBRE DE LA EMPRESA	
DIRECCION POSTAL	
CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL	
RECIBIRA EL INFORME? ☐ Si ☐ No	

REQUIERE SU INSTALACION UN NUMERO DE ORDEN DE COMPRA ? ☐ Si ☐ No

(REQUERIDO si SU empresa requiere un #de orden# para pagar la factura.)

Respuesta SI, por favor indique el # de orden de compra aquí:

#VAT DE LA EMPRESA: *(Requerido para países miembros de la EU)*

PERSONAL *EN LA DIRECCION DE LA INSTALACION* **QUE DEBERIA RECIBIR COPIA DEL INFORME FINAL.**	
Nombre	Email
Nombre	Email

ES USTED PROVEEDOR DE…? (*Nombre de la empresa (s) a la que suministra la empresa auditada y que requiere auditorias de tercera parte.*	**EXPORTA USTED A…?** *(Pauses)*

*CLIENTE (S) QUIENES DEBERIAN RECIBIR UNA COPIA DEL INFORME:	
Nombre/ Cargo/ Empresa	Email
Nombre/ Cargo/ Empresa	Email
Nombre/ Cargo/ Empresa	Email

***POR FAVOR NOTESE QUE:** SE ENVIARA UN DOCUMENTO DE AUTORIZACION PARA CADA CLIENTE INDICADO ARRIBA, DIRIGIDA A LA PERSONA A NOTIFICAR INDICADA EN ESTE DOCUMENTO. ESTA AUTORIZACION DEBERA DER FIRMADA POR EN CLIENTE Y DEVUELTA A AIBI ANTES DE QUE SE LE ENVIE EL INFORME DE AUDITORIA.*

DESTINATARIO DEL DOCUMENTO DE RECONOCIMIENTO: _____

NOMBRE DE LA EMPRESA Y DIRECCION COMO USTED QUIERE QUE APAREZCAN EN EL DOCUMENTO DE RECONOCIMIENTO:

Nombre de la empresa: _____

Ciudad, Estado: _____

Pais: _____

Información acerca de protección de datos:
Toda la información personal suministrada en este documento será almacenada y solo revelada en conformidad con la ley de protección de datos en vigor. Cualquier persona (s) no citada(s) en las secciones anteriores tiene (n) derecho de acceder a información personal pertinente en poder de AIB International. En caso de que cualquier información personal sea o se convierta en incorrecta, entonces la persona pertinente puede requerir a AIB International corregir esta información. A efectos de la ley de protección de datos, quien controla datos resultantes del procesamiento o almacenamiento del presente documento es AIB International.