




ADRESSE			
Firmenname			
Straße			
Land - PLZ - Stadt		@	
NACE-Code			

DATEN BUCHHALTUNG			
Name der Bank		Rechnungs-Adresse	
Konto-Nummer		Handelsregister-Nummer	
Konto-Inhaber		VAT-Nummer	
SWIFT-Code (BIC)		Zahlungsbedingungen	Auswahl
IBAN-Code		Lieferbedingungen	Auswahl

VERSICHERER			
	ja	nein	Deckungssumme vorhanden für
Produkthaftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erweiterte Produkthaftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückrufkostendeckung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANSPRECHNPARTNER				
	Name	Titel		@
Geschäftsleitung				
Vertrieb				
Technik				
Qualität				
Buchhaltung				

FIRMEN INFORMATION						
Konzernzugehörigkeit	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Gründungsjahr	
Grau-Markt-Aktivitäten	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Branche	
Produktspektrum					Sprache	
Weitere Fertigungsstätten					Herstellercode	
	Plan für laufendes Jahr		Vorjahr		Vorvorjahr	
Umsatz						
Investitionen						
Exportanteil						



QUALITÄTS-MANAGEMENT-SYSTEM						
Ist Ihr Firma nach den aufgeführten Standards zertifiziert? (Bitte Kopie des Zertifikates beifügen.)	Norm	ja	nein	gültig bis	geplante Einführung	Einführung abgeschlossen am
	EN ISO 9001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	EN 9100 / AS 9100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	EN ISO 3834-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	EN ISO 14001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

ANZAHL MITARBEITER							
gesamt		Qualitätssicherung		Technik		Produktion	

INFORMATION ZU KUNDEN							
Anzahl Kunden		Anzahl A-Kunden (80% Umsatzvolumen))		Max. Geschäftsanteil pro Kunde			
Angabe der sechs umsatzstärksten Kunden (Name und prozentualer Anteil basiert auf Gesamtumsatz)							
1.			%	2.			%
3.			%	4.			%
5.			%	6.			%

ALLGEMEINE INFORMATION			
	ja	nein	Bemerkung
Haben Sie CAD-Programme im Einsatz? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie ein ERP-System im Einsatz? Wenn ja, welches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Planen Sie Ihre Produktion? Wenn ja, wie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Planen Sie Ihr Kapazitäten? Wenn ja, wie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Machen Sie 100 % Wareneingangsprüfungen? Wenn ja, wie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Kompetenzen im Bereich Projekt Management?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie lange beträgt bei Ihnen die Aufbewahrungsfrist von Dokumenten?			
Wie haben Sie die Geheimhaltung mit Ihren Untertieranten organisiert?			
Wie ist der Ablauf im Reklamationsfall?			
Haben Sie Erfahrung mit dem Export von Produkten?			

INFORMATION ZUR PRODUKTION			
	ja	nein	Bemerkung
Haben Sie Entwicklungsfähigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stellen Sie für andere Kunden Spannvorrichtungen, Einrichtungen & GSE her?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Montage Kapazitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine gute Versorgungsbasis für Material?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie 5-Achs-Maschinen? Wenn ja, wie viele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie 3-Achs-CNC-Maschinen? Wenn ja, wie viele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	ja	nein	Bemerkung
Haben Sie konventionelle Maschinen zum Fräsen, Drehen und Schleifen? Wenn ja, wie viele und für welche Maße.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Ihre Schweißer qualifiziert/zertifiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Kapazität für CMM Messungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können sie berührungslos Messungen durchführen- Leica Tracker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche Oberflächenbehandlungen können Sie durchführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie lackieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können sie Warmpressformen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Lieferant	HYDRO Systems KG
Datum	Unterschrift / Firmen-Stempel	Unterschrift