

UNTERNEHMENS DATEN				
<b>I. Firma</b>				
<b>II. Anschrift</b>				
<b>III. Kommunikation</b>	Telefon	Telefax	E-Mail Allgemein	
<b>IV. Ansprechpartner</b>	Name	Telefon	E-Mail	
a. Geschäftsleitung				
b. Key Account				
c. Vertriebsinnendienst				
d. Techn. Leitung				
e. QS-Leitung				
<b>V. Gründungsjahr</b>				
<b>VI. Produktionsstandorte</b>				
<b>VII. Konzernzugehörigkeit</b>				
<b>VIII. Tochtergesellschaften</b>				
<b>IX. Beschäftigte</b>	Produktion	Verwaltung	davon F&E	davon QS
<b>X. Entwicklung</b>	Umsatz T€	Investitionen T€	Gewinn T€	Personal
a. Aktuelles Jahr				
b. Vorjahr				
c. Vorvorjahr				
<b>XI. CAD</b>				
a. CAD-System				
b. Austauschformate				
<b>XII. Kunden-Referenzen</b>	Firma	Umsatz T€	gelieferte Produkte	
a. TOP 1				
b. TOP 2				
c. TOP 3				
d. TOP 4				
e. TOP 5				
<b>XIII. Wettbewerber</b>	Firma			
a. TOP 1				
b. TOP 2				
c. TOP 3				

**PRODUKTION, TECHNIK UND LOGISTIK**

I. Welche Produkte bieten Sie an?						
a. als Hersteller						
b. als Händler						
II. Auf welche Art der Fertigung sind Sie spezialisiert?						
	von		bis			
a. Großserienfertigung	<input type="checkbox"/>		ST		ST	
b. Mittel- bis Kleinserien	<input type="checkbox"/>		ST		ST	
c. Einzelfertigung	<input type="checkbox"/>		ST		ST	
III. In wieviel Schichten produzieren Sie und wie hoch ist Ihre Auslastung?						
	Auslastung					
a. 1-Schicht Betrieb	<input type="checkbox"/>		%			
b. 2-Schicht Betrieb	<input type="checkbox"/>		%			
c. 3-Schicht Betrieb	<input type="checkbox"/>		%			
IV. Über welche Möglichkeiten des Oberflächenschutzes verfügen Sie selbst / über Partner?						
	Eigen	Fremd				
a. Verzinkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b. Naßlackierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c. Pulverbeschichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
d. KTL-Beschichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
V. Verfügen Sie über ein PPS-System?						
	Nein	Ja	Welches?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
VI. Welche Logistikmöglichkeiten bieten Sie?						
a. Just-in-time	<input type="checkbox"/>					
b. Kanban	<input type="checkbox"/>					
c. Konsignationslager	<input type="checkbox"/>					
d. Abruf- / Pufferlager	<input type="checkbox"/>					
VII. Steht Ihnen ein Abruf- / Pufferlager für Fertigprodukte zur Verfügung?						
	Nein	Ja	Lagerkapazität			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
VIII. Wie lang ist die durchschnittliche Lieferzeit der von uns benötigten Produkte?						
		Wochen				

QUALITÄTSSYSTEM							
<b>I. Verfügen Sie über ein QM-Handbuch?</b>							
		Nein	Ja				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>II. Überprüfen Sie periodisch und systematisch Ihr QM-System durch interne Audits?</b>							
		Nein	Ja	Zeitintervall			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>III. Über welche Zertifizierungen verfügen Sie? (Bitte als Anlage beifügen!)</b>							
		Nein	geplant zum	Ja	Zertifizierungszeitraum		
a. ISO 9001:2000	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
b. ISO 16949	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
c. ISO 14001	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
d. Sonstige	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
<b>IV. In welchen Bereichen führen Sie eine Qualitätsüberwachung durch?</b>							
		Nein	Ja				
a. Wareneingang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
b. Fertigungsprozess	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
c. Endabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
d. Warenausgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
e. Sonstige							
<b>V. Werden alle Ergebnisse und Prüfpläne dokumentiert und uns ggf. zur Verfügung gestellt?</b>							
		Nein	Ja				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>VI. Werden externe Audits beim Lieferanten durchgeführt?</b>							
		Nein	Ja	Zeitintervall			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>VII. Sind Sie bereit, uns im Sinne eines Audits, Zutritt zu den Bereichen zu gewähren, in denen unsere Produkte hergestellt, geprüft und gelagert werden?</b>							
		Nein	Ja				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>VIII. Werden die Prüfmittel periodisch und systematisch überwacht?</b>							
		Nein	Ja	Zeitintervall			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>IX. Kennen Sie Ihre Fehlleistungsquote?</b>							
		Nein	Ja	Ausschuß	Reklamation		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		%		%