

SEGNALAZIONE DI VIOLAZIONE

Violation Notification

PHARMA COS

MAKE UP & SKINCARE

Tutti i Collaboratori, i Clienti, i Fornitori e le parti interessate di Pharmacos possono segnalare, ogni violazione o sospetto di violazione del CODICE ETICO alla Direzione, in particolare per quanto riguarda:

- eventuali omissioni, trascuratezze o falsificazioni nella tenuta della contabilità o nella conservazione della documentazione
- eventuali irregolarità o malfunzionamenti o falsificazioni relativi rapporti commerciali o nelle modalità di fornitura alla Società
- eventuali offerte di doni (eccedenti il valore modico) o compensi da soggetti con i quali la Società intrattiene rapporti d'affari
- eventuali ordini ricevuti dal superiore e ritenuti in contrasto con la legge, le regole interne o il CODICE ETICO eventuali ordini ricevuti dal superiore e ritenuti in contrasto con la legge, le regole interne del gestione per la salute e la sicurezza sul lavoro, o per la privacy e la protezione dei dati

Le segnalazioni possono essere raccolte attraverso questo modulo o anche in altro modo, purché per iscritto e in forma non anonima, ed essere inviate attraverso **lettere chiuse** e/o **e-mail** dirette ai seguenti indirizzi:

PHARMACOS Srl via volta 7 -24043 Caravaggio (BG)

email: pharmacos@pharmacos.it

Ente di Certificazione: BUREAU VERITAS Viale Monza, 347 -20126 Milano

email: csr@it.bureauveritas.com

Ente di Accreditamento:SAI-SAAS-

email: saas@saasaccreditation.org

SOCIAL ACCOUNTABILITY ACCREDITATION SERVICE

info@sa-intl.org

220 East 23th Street, Suite 605, New York 10010 USA

SEGNALAZIONE	
DATA	
VIOLAZIONE A:	<input type="radio"/> CODICE ETICO <input type="radio"/> LEGGI <input type="radio"/> Sistema Gestione Responsabilità Amministrativa <input type="radio"/> Regole Contabili e Amministrative
DESCRIZIONE	<input type="radio"/> VIOLAZIONE ACCADUTA <input type="radio"/> VIOLAZIONE TENTATA <input type="radio"/> SOSPETTO DI VIOLAZIONE
NOTE E RIFERIMENTI	
EFFETTUATA DA	nome e cognome: indirizzo: Tel. _____ e-mail: _____
IN QUALITÀ DI	<input type="radio"/> PERSONALE <input type="radio"/> AMMINISTRATORE <input type="radio"/> REVISORE <input type="radio"/> COLLABORATORE ESTERNO <input type="radio"/> FORNITORE <input type="radio"/> CLIENTE <input type="radio"/> (specificare se altro)
<p>Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che tutte le informazioni sopra riportate corrispondono al vero.</p> <p>In fede,</p> <p>DATA _____ FIRMA _____</p>	