|  |
| --- |
| **DEMANDE DE CHANGEMENT DU FOURNISSEUR** |
| Cette section doit être remplie par le fournisseur. Veuillez taper vos réponses.  |
| Soumis à :       | Usine Howmet :       | Date :       |
| Nom du fournisseur :       | Adresse :            | Numéro de téléphone :       |
| Description du matériel, du produit ou du service :      | Spécification Howmet :      | Résultats de test inclus : Oui ☐ Non☐ |
| Type de changement : Méthode/procédé de fabrication ☐Lieux de fabrication ☐Sous-traitant ☐Matériaux ☐Autre : | Usine(s) Howmet affectée(s) :       |
| ID du plan de contrôle de procédé fixe affecté :       |
| Changement proposé :      | Calendrier de mise en œuvre :       |
| Raison du changement :       |
| Impact du changement :       | Actions de confinement de la qualité :       |
|                 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature du représentant autorisé du fournisseur Nom Poste |
| ⮚ CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PERSONNEL HOWMET Examen client / Approbation requise : Oui ☐ Non ☐ Examen EH&S / Approbation requise : Oui ☐ Non ☐Résultats de tests MCL II-L requis : Conforme ☐ Non conforme ☐ Date : Décision quant à la demande de changement : Approuvée ☐Rejetée ☐Détails de la décision : |
|  |
|  | Directeur de la qualité |  Date |  | Acheteur | Date |  | Ingénieur |  Date |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Propriétaire du procédé de l’usine Date Propriétaire du procédé de l’entreprise Date SQA de la division Date |  |