|  |
| --- |
| **Başvuru Bilgileri** |
| **Konusu:** | **F Bakım Kuruluşu Yönetici Personel Form 4 Belgesi Onayı** | **SHGM Hizmet Standartları****Azami İşlem Süresi:** | 30 Gün |
| **Başvuruyu yapan:**  |  |
| **Başvuru tarihi:** |  | **Başvuru sayısı:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Konu** | Başvuru sahibi tarafından doldurulacaktır. | SHGM tarafından doldurulacaktır. |
|  |  | **Sunuldu** | **Açıklama** | Uygun | Açıklama |
|  |  | **E** | **H** |  | E | H |  |
| 1 | Talebi net şekilde içeren ve konu ile ilgili tüm süreci ilgi yazılara atıf yaparak açıklayan başvuru yazısı |[ ] [ ]   |[ ] [ ]   |
| 2 | Talep edilen değişiklik için doldurulmuş SHGM Form 2F  |[ ] [ ]   |[ ] [ ]   |
| 3 | Kuruluşun sorumlu yönetici personelleri için doldurulmuş SHGM Form 4 |[ ] [ ]   |[ ] [ ]   |
| 4 | Talep kapsamında güncellenen BKEK ve tüm ilgili form, liste ve prosedürlerin güncel revizyonu (CD/USB) |[ ] [ ]   |[ ] [ ]   |
| 5 | Özgeçmiş |[ ] [ ]   |[ ] [ ]   |
| 6 | Eğitim Kayıtları |[ ] [ ]   |[ ] [ ]   |
| 7 | SSK yada Şirket Sözleşmesi |[ ] [ ]   |[ ] [ ]   |
| 8 | E-banka tahsilat makbuzu |[ ] [ ]   |[ ] [ ]   |

|  |
| --- |
| **Başvuranın Taahhüdü:**Yukarıda yer alan bilgilerin tam ve doğru olduğunu beyan ederiz. |
| Kuruluş Sorumlu Müdürü Adı Soyadı | İmza | Tarih |
|  |  |  |
| Kalite Müdürü Adı Soyadı |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **SHGM Değerlendirmesi:**SHY-M ve SHT-M mevzuatı ile SHGM Hizmet Standartları dokümanına göre gerekli evraklar, |
| [ ]  Dosyada yer almakta olup, uygun değerlendirilmiştir. | [ ]  Dosyada yer almamakta olup, uygun görülmemiştir. |
| İnceleyen Adı Soyadı-Unvanı | İmza | Tarih |
|  |  |  |