|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Başvuru Bilgileri** | | | | | |
| **Konusu:** | **Onaylı Bakım Kuruluşu (SHT-145)**  **Yönetici Personel Onayı** | | | **SHGM Hizmet Standartları**  **Azami İşlem Süresi:** | 30 Gün |
| **Başvuruyu yapan:** |  | | |
| **Başvuru tarihi:** |  | **Başvuru sayısı:** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Konu** | Başvuru sahibi tarafından doldurulacaktır. | | |
| **Sunuldu** | | **Açıklama** |
| **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 2 |  |  |  |
| 3 | Kuruluşun sorumlu yönetici personelleri için doldurulmuş SHGM Form 41 |  |  |  |
| 4 | Talep kapsamında güncellenen BKEK ve tüm ilgili form, liste ve prosedürlerin güncel revizyonu |  |  |  |
| 5 | 145.A.30(b)’ye uygun olarak deneyim sahibi olduğunu gösteren özgeçmiş |  |  |  |
| 6 | Eğitim Kayıtları |  |  |  |
| 7 | SSK belgesi ve 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 |  |  |
|  |  |  |