|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Başvuru Bilgileri** | | | | | |
| **Konusu:** | **Onaylı Bakım Kuruluşları (SHT-145)**  **Onaylayıcı Personel / Destek Personel Listesi 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 | Kuruluş ilgili yöneticisi imzalı Onaylayıcı Personel / Destek Personel Listesi |  |  |  |
| 3 | İlgili personelin yetkilendirilmesine esas oluşturan kayıtlar (Lisansı, süreklilik eğitim kayıtları, yeterlilik değerlendirmesi, son 2 yılda 6 ay tecrübe analizi, İngilizce dil yeterlilik sertifikası v.b) |  |  |  |
| 4 | E-banka tahsilat makbuzu |  |  |  |

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