|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Başvuru Bilgileri** | | | | | |
| **Konusu:** | **Tedarikçi Kuruluş Yetki Değişikliği Başvurusu** | | | **SHGM Hizmet Standartları**  **Azami İşlem Süresi:** | İnceleme: 30 Gün  Başvurunun kabulünden sonra 30 günü geçmeyecek şekilde denetim tarihi verilir. |
| **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 kapsamında güncellenen TKEK ve tüm ilgili form, liste ve prosedürlerin güncel revizyonu |  |  |  |
| 3 | Talep edilen yetkilendirme için gerekliliklerin kontrol edildiğine dair kalite denetlemesi ve bulgu kapanışları |  |  |  |
| 6 | E-banka tahsilat makbuzu |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Başvuranın Taahhüdü:**  Yukarıda yer alan bilgilerin tam ve doğru olduğunu beyan ederiz. | | |
| Başvuru Sorumlusu Yönetici Personel Adı Soyadı-Unvanı | İmza | Tarih |
|  |  |  |
| Kalite Sistem Yöneticisi Adı Soyadı |  |  |
|  |  |  |