|  |
| --- |
| **Başvuru Bilgileri** |
| **Konusu:** | **F Bakım Kuruluşu 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. | 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 yetki için doldurulmuş SHGM Form 2F  |[ ] [ ]   |[ ] [ ]   |
| 3 | Talep kapsamında güncellenen BKEK ve tüm ilgili form, liste ve prosedürlerin güncel revizyonu (CD/USB) |[ ] [ ]   |[ ] [ ]   |
| 4 | Talep edilen yetkilendirme için gerekliliklerin kontrol edildiğine dair kalite denetlemesi ve bulgu kapanışları (CD/USB) |[ ] [ ]   |[ ] [ ]   |
| 5 | Talep edilen yetkilendirme için alet ekipman ve malzeme ihtiyaç analizi (CD/USB) |[ ] [ ]   |[ ] [ ]   |
| 6 | Talep edilen yetkilendirme için personel ihtiyaç analizi (CD/USB) |[ ] [ ]   |[ ] [ ]   |
| 7 | 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 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 |
|  |  |  |