|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Başvuru Bilgileri** | | | | | |
| Konusu: | SYK İlk Onay, Yetki Değişikliği Talebi İnceleme ve Denetleme Tarihi Verilmesi | | | SHGM Hizmet Standartları Azami İşlem Süresi | İnceleme: İlk yetki 30 Gün  Yetki değişikliği 15 gün  Başvurunun kabulünden sonra 30 günü geçmeyecek şekilde denetim tarihi verilir. |
| Başvuruyu yapan: |  | | |
| Başvuru tarihi: |  | Başvuru sayısı: |  | SHGM EBYS referansı: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **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 yetki için doldurulmuş SHGM Form 2M/SHGM Form 2CAO |  |  |  |
| 3 | Kuruluşun sorumlu yönetici personelleri için doldurulmuş SHGM Form 4 |  |  |  |
| 4 | Talep kapsamında güncel / güncellenen El Kitabı ve tüm ilgili form, liste ve prosedürlerin güncel revizyonu |  |  |  |
| 5 | Talep kapsamında oluşturulan bakım programı (AMP) |  |  |  |
| 6 | MEL, özel yetki vb. başvuruların yapıldığına dair kanıt doküman |  |  |  |
| 7 | Talep edilen yetkilendirme için gerekliliklerin kontrol edildiğine dair kalite denetlemesi ve bulgu kapanışları |  |  |  |
| 8 | Hizmet Bedeli Dekontu (E-Banka Tahsilat Makbuzu) |  |  | Dekont No: |

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

\*Bütün dokümanların UED 2023/2 genelgesi kapsamında KEP sistemi üzerinden gönderilmesi gerekmektedir.