|  |
| --- |
| BAŞVURU SAHİBİ ASANSÖR MONTE EDEN BİLGİLERİ |
| Asansör Monte Eden Unvanı |  |
| Yetkilisi / Unvanı |  |
| İletişim Kurulacak Kişi |  |
| Telefon |  | Faks |  |
| E-mail |  | Web Adresi |  |
| Vergi Dairesi |  | Vergi No |  |
| Asansör Monte Eden Adresi |  |
| Şube Adresi (Varsa) |  |
| MODEL ASANSÖR BİLGİLERİ |
| Model Asansör Adresi |  |
| Tahrik Şekli |  | Askı Tipi |  | Asansör Sayısı |  | Makine Dairesi Konumu |  |
| ASANSÖR MONTAJ FİRMASININ TALEP ETTİĞİ UYGUNLUK DEĞERLENDİRME METODU |
| [ ]  | EK IV-B AB Tip İncelemesi - Modül B | [ ]  | EK X Ürün Kalite Güvencesi - Modül E  | [ ]  | EK VIII As. Birim Doğrulaması-Modül G |
| [ ]  | EK XI Tam Kalite Güvencesi - Modül H1 |  |
| Başvurunuz 2014/33/AB Ek V (Son Muayene) veya Ek X (Modül E) belgelendirmesini de içeriyorsa; |
| Mevcut AB Tip Onay Belgenizin Numarası / Yayım Tarihi /Geçerlilik Tarihi / O.K No |  |
| Teknik Dosya No |  |
| Başvurunuz 2014/33/AB Ek X\* (Modül E) veya Ek XI\*\* (Modül H1) belgelendirmesini içeriyorsa, çalışan sayılarını belirtiniz. |
| KYS Dokümanlarınızın Yürürlük Tarihi / Son Revizyon Tarihi | / |
| Montaj, Tasarım ve Son kontrolde çalışan sayısı |  | Bakım ve Teknik Serviste Çalışan Sayısı |  |
| İdari Bölümde Çalışan sayısı |  | Toplam Çalışan sayısı |  | Şube Sayısı |  |
| (Belgelendirme kapsamında yer alacak faaliyet yeriniz/şubeleriniz birden fazla ise; her bir faaliyet yeri için çalışan sayıları, yapılan işin tanımı ve adres bilgilerini forma ekleyiniz.) |
| Belgelendirilmesi İstenen Yönetim Sistemi Kapsamı-Faaliyet Alanı |  |
| Faaliyetlerinize özgü uyulması gereken yasal mevzuat, standart ve yönetmelikleri belirtiniz. |  |
|  |
| Var ise dış kaynaklı süreçlerinizi belirtiniz. | - |
| Var İse ilgili standarda göre hariç tutulan maddeleri belirtiniz. | - |
| Bu formda verilen bilgilerin doğru olduğunu ve aynı başvurunun başka bir onaylanmış kuruluşa yapılmadığını beyan ederim. |
| BAŞVURU SAHİBİNİN |
| Adı ve Soyadı | Tarih | Kaşe-İmza |
|  |  |  |
| *Not: Aşağıdaki bölüm Aliment Mühendislik tarafından doldurulacaktır.* |
| İlgili Kapsam |  | Kapsamda mı? | [ ]  Evet [ ]  Hayır |
| Tarih |  | Kontrol Eden*(isim, imza)* |  | Başvuru Kayıt No |  |
| \* Ek X İçin; Asansörün son muayenesinde çalışan mavi ve beyaz yaka personel sayısı\*\*Ek XI İçin; Asansörün tasarım, imalat, birleştirme, montaj ve son muayenesinde çalışan mavi ve beyaz yaka personel sayısı |