



ISO 9001 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ TEKLİF İSTEK FORMU



Anadolu Caddesi No : 40 K:M2 Bayraklı – İzmir * Tel: 90 232 462 33 33 * Faks: 90 232 486 20 60 * e-posta : akm@mmo.org.tr

Talep edilen hizmet	<input type="checkbox"/> ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Belgelendirme		
Kuruluş Ünvanı Bağlı Olduğu Grup (varsa) (Ticari Sicildeki ile Aynı Olmalıdır)			
Merkez Adresi			
İletişim Bilgileri (Tel, faks, e-mail, web sayfası)			
Varsa Şube Veya Yan Tesislerin Adresi ve İletişim Bilgileri (Tel, faks, e-mail)			
Yetkili Yönetici Adı Soyadı (Genel Müdür)			
Yönetim Temsilcisi Adı Soyadı (Kalite Sorumlusu)			
Başlıca/Ürün Hizmetler			
İstenilen Belge Kapsamı			
Belgelendirme talebinizde yer alan faaliyetlere ilişkin uyulması gerekli yasal düzenlemeleri belirtiniz.			
Kuruluş Merkezi ve Bağlı Tesislerde Toplam Çalışan Sayısı	Merkezde	Bağlı Tesislerde	Toplam
Taşeron kullanılmakta mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Toplam çalışan taşeron personel sayısı (varsa)			
Vardiya sistemi kadrolu çalışan sayısı (varsa)	1. Vardiya	2. Vardiya	3. Vardiya
Vardiya sisteminde çalışan taşeron sayısı (varsa)	1. Vardiya	2. Vardiya	3. Vardiya
Tasarım ve geliştirme var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Ön denetim isteniyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Planlanan Denetim Tarihi			
Kuruluşunuzda Kalite Yönetim Sistemi ne kadar süredir uygulanmaktadır?			
Dış Kaynaklı Süreçler Varsa Belirtiniz.			
Sahip olunan belgeler ve alındığı kuruluşlar/Belge geçerlilik süresi			
Daha önce eğitim ve danışmanlık hizmeti alınan Firmaların/Şahısların Bilgilerini belirtiniz.			
MMO'ya nasıl ulaştınız?			

Tarih

Kuruluş Yetkilisi (Adı, Soyadı, İmza)