|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kuruluş | \*Ticaret Sicil Gazetesinde yer alan kuruluş ünvanını yazınız | | | |
| Merkez Adres | \*Ticaret Sicil Gazetesinde yer alan adresi yazınız | | | |
| Muayene Yeri Adresi | \*Merkez adresten farklı ise | | | |
| Merkez Telefon |  | Vergi Dairesi | |  |
| Merkez Faks |  | Vergi No. | |  |
| E-Posta |  | İrtibat Kurulacak Kişi | |  |
| TALEP EDİLEN MUAYENE TÜRÜ | | | | |
| □ TEMIZ ODA/EKİPMAN KALİFİKASYON MUAYENESI   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Ölçüm Yapılacak  Alanın Adı  *(Ameliyathane,Yoğun Bakım Unitesi, İlaç-Gıda Üretim Alanı v.b.)* | İSTANİLEN ÇALIŞMA ALANI SAYILARI *(Adet ve m² Olarak Belirtiniz)* | | | | | ISO CLASS 8,9  (GMP Class:D)  Oda Sayısı / Toplam Alanı | ISO CLASS 7,6  (GMP Class:C)  Oda Sayısı / Toplam Alnı | ISO CLASS 5  (GMP Class:B)  Oda Sayısı / Toplam Alanı | ISO CLASS 4,8  (GMP Class:A)  LAF/TUNNEL Ünitesi Sayısı | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   □ BIOGÜVENLİK KABİNLERİ KALİFİKASYON MUAYENESI   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Ölçüm Yapılacak  Alanın Adı  *(BSC Marka/Modeli)* | İSTANİLEN ÇALIŞMA ALANI SAYILARI *(Adet Olarak Belirtin)* | | | | | BSC Class2A | BSC Class2B2 | BSC Class3 | Diğer  (Marka-Model Belirtiniz) | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   □ SICAKLIK&NEM HARİTALAMA MUAYENESI *(Biliniyor ise hacimler ile birlikte)*   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Ölçüm Yapılacak  Alanın Adı  *(Depo/kabin/Dolap)* | İSTANİLEN ÇALIŞMA ALANI SAYILARI *(Adet Olarak Belirtin)* | | | | | Sıcaklık&Nem Kontrollü Depo | Soğuk Oda | Stabilite Kabini,Dolap | Diğer  (Belirtiniz) | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |     Not:Muayeneneler, kurulum işlemleri tamamlanmış ve çalışır durumda olan tesisler için gerçekleştirilir. | | | | |
| Var ise Diğer Alan/Ekipman Türleri  ..................................................................................................................................................................................................................  Not:Lütfen muayene türü,ekipman / alan adı/sayısı/ büyüklüğü v.b bilgileri belirtiniz | | | | |
| Kuruluş Yetkilisi Adı Soyadı / İmza | | | Tarih | |

|  |
| --- |
| GDG TEST ÖLÇÜM SERTİFİKASYON VE GÖZETİM HİZ. TİC. LTD. ŞTİ.  Şerifali Mh. Büyükyavuz Sk. No:3 Kat:6 D:7 Şerifali Ümraniye/İSTANBULTel:  0216 594 56 68 Fax: 0216 594 56 69  [www.gdg.com.tr](http://www.gdg.com.tr) [info@gdg.com.tr](mailto:info@gdg.com.tr) |