

|                                                                              |                                                     |                                      |                                  |                             |                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--|
| Muayene Talep Eden Firma                                                     |                                                     |                                      |                                  |                             |                          |  |
| İletişim Kurulacak Kişi                                                      |                                                     |                                      |                                  |                             |                          |  |
| Muayenenin yapılacağı Adres                                                  |                                                     |                                      |                                  |                             |                          |  |
| Vergi Dairesi/Numarası                                                       |                                                     | Tel No                               |                                  |                             |                          |  |
| E-Posta Adresi                                                               |                                                     | İletişim Kurulacak Kişi GSM Numarası |                                  |                             |                          |  |
| Muayene Türü<br>(Talep ettiğiniz hizmet türünü işaretleyiniz.) <sup>*d</sup> | Temiz Alan/Oda (adet/m <sup>2</sup> ) <sup>*a</sup> | <input type="checkbox"/>             | Sınıfı:                          | Alanı: ..... m <sup>2</sup> |                          |  |
|                                                                              |                                                     |                                      | HEPA/ULPA Filtre Sayısı: Ölçüsü: |                             |                          |  |
|                                                                              | Muayene Türü:                                       | İlk muayene                          | <input type="checkbox"/>         | Rutin muayene               | <input type="checkbox"/> |  |
|                                                                              | LAF Kabini (İlaç üretim Alanında)                   | <input type="checkbox"/>             | Seri No:                         | Envanter No:                |                          |  |
|                                                                              | LAF Kabini (Diğer Üretim Alanında)                  | <input type="checkbox"/>             | Sınıfı:                          | Bulunduğu Yer:              |                          |  |
|                                                                              | Biyogüvenlik Kabini                                 | <input type="checkbox"/>             | Seri No:                         | Envanter No:                |                          |  |
|                                                                              |                                                     |                                      | Sınıfı:                          | Bulunduğu Yer:              |                          |  |
| Formu Dolduranın Adı-Soyadı, Tarih, İmza                                     |                                                     |                                      |                                  |                             |                          |  |

| Alan / Kabin Adı    | Sınıfı | Uygulanacak Testler <sup>*b</sup> |              |                |                |             |                   |                  |                      |                   |
|---------------------|--------|-----------------------------------|--------------|----------------|----------------|-------------|-------------------|------------------|----------------------|-------------------|
|                     |        | Hava Hızı / Debi                  | Filtre Kaçak | Partikül Sayım | Nem / Sıcaklık | Fark Basınç | Hava Akış Görünt. | Dekontam inasyon | İçerik Sızıntı Testi | Segregasyon Testi |
| LAF Kabini          |        |                                   |              |                | Uygulanmaz     | Uygulanmaz  |                   | Uygulanmaz       | Uygulanmaz           | Uygulanmaz        |
| Biyogüvenlik Kabini |        |                                   |              | Uygulanmaz     | Uygulanmaz     | Uygulanmaz  |                   | Uygulanmaz       | Uygulanmaz           | Uygulanmaz        |
| Temizoda / Alan     |        |                                   |              |                |                |             |                   | <sup>*c</sup>    |                      |                   |

<sup>\*a</sup>: Temizodanın / alanın şemasını bu başvuru formuna ekleyiniz.

<sup>\*b</sup>: Uygulanmasını istediğiniz testlere ait kutucuklara EVET/HAYIR yazınız.

<sup>\*c</sup>: ISO:9 ve EU GMP:D Class alanlar ve bu sınıfların üstünde kalan alanlar için uygulanmaz.

<sup>\*d</sup>: Birden fazla alan / cihaz için muayene talep ediyorsanız, ilgili alana satır ekleyerek formu doldurmaya devam ediniz.