



NATIONAL ACCREDITATION CENTER

Dosya No (File number)¹/.....

Akreditasyon Başvuru Formu Accreditation Application Form (FR-097)

(Tıbbi (Medikal) Laboratuvarlar İçin Akreditasyon Başvuru Formu)
(Accreditation Application Form for Medical Laboratories)

(ISO 15189)

İlk akreditasyon (initial accreditation)	<input type="checkbox"/>
Akreditasyon kapsamı genişletilmesi (extension of accreditation scope)	<input type="checkbox"/>
Akreditasyon kapsamı değişikliği (the change of accreditation scope)	<input type="checkbox"/>
Akreditasyon yenileme (the re-accreditation)	<input type="checkbox"/>

İlgili APAC dökümanlarına göre "Onaylanmış Tıbbi Laboratuvar" olarak değerlendirilmek ve akredite edilmek istiyorum.
Request accreditation and to be evaluated as a "notified medical laboratory" according related APAC documentation.

Tıbbi Laboratuvarın Adı / Tanımı (Name-Identity of the medical laboratory):		
Adres (Address):		
Şehir(State/City):	Posta Kodu (Postal Code):	Ülke(Country):
Telefon (Telephone (incl.area code)):	Faks (Fax):	
E-posta (e-mail):	İnternet Sitesi (Website):	
Vergi Dairesi (Tax office):	Vergi No (Tax no):	
Tıbbi Laboratuvar Yöneticisinin Adı Soyadı (Name and Surname of Head of the medical laboratory):		
Telefon (Telephone):	Cep Tel (Mobile Tel):	E-posta (e-mail):
İrtibat Kurulacak Kişi Adı ve Soyadı (Name and Surname of Contact Person):		
Telefon (Telephone):	Cep Tel (Mobile Tel):	E-posta (e-mail):
Tıbbi Laboratuvarın Yasal Statüsü /(Legal status of the calibration laboratory):		



NATIONAL ACCREDITATION CENTER

Tıbbi Laboratuvarın Sahibi (<i>Owner of the calibration laboratory</i>):
Tıbbi Laboratuvarın Sahibinin Adresi (<i>Address of the owner of calibration laboratory</i>)
Tıbbi Laboratuvarın Yasal Olarak Yetkilendirilmiş Temsilcileri (<i>Legal representatives of the owners</i>)
Tıbbi Laboratuvarın Personel Sayısı (<i>Number of medical laboratory employee</i>):
Dahili Kalibrasyon Yapılıyor mu? (<i>Does the medical laboratory carry out internal calibrations?</i>) Evet /Yes <input type="checkbox"/> Hayır /No <input type="checkbox"/>
Cevap EVET ise Yapılan Dahili Kalibrasyonlar (<i>Name of Carried out internal calibrations if the answer is YES</i>)
Tıbbi Laboratuvarın Şubeleri var mı? (<i>Does the medical laboratory operate at several sites?</i>) Evet /Yes <input type="checkbox"/> Hayır /No <input type="checkbox"/>
Yanıt evet ise aşağıdaki "Tıbbi laboratuvarın şubesi" kısmını doldurunuz. Şube sayısı birden fazla ise EK'deki sayfayı çoğaltarak kullanınız. (<i>If yes, fill in the "site of testing laboratory" section below. If there are more sites, please use page given in Annex.</i>)

Tıbbi Laboratuvarının Şubesi (*Site of medical laboratory*)

Tıbbi Laboratuvarın Şubesinin Adı / Tanımı (<i>Name-Identity of the site medical laboratory</i>):
Adres (<i>Address</i>):
Şehir (<i>City</i>): Posta Kodu (<i>Code</i>): Ülke (<i>Country</i>):
Telefon (<i>Telephone</i>): Faks (<i>Fax</i>):
Tıbbi Laboratuvarın Şubesinin Yöneticisi Adı Soyadı (<i>Name and Surname of Head of the site medical laboratory</i>):
İrtibat Kurulacak Kişi Adı ve Soyadı (<i>Name and Surname of Contact Person</i>):
Telefon /Telephone :..... Cep Tel / Mobile Tel : E-posta /e-mail :.....
Tıbbi Laboratuvar Personel Sayısı (<i>Number of medical laboratory employee</i>)
Dahili Kalibrasyon Yapılıyor mu ? (<i>Does the medical laboratory carry out internal calibrations?</i>) Evet /Yes <input type="checkbox"/> Hayır /No <input type="checkbox"/>
Yapılan Dahili Kalibrasyonlar / <i>Name of Carried out internal calibrations</i> :

Akreditasyonu istenen inceleme/deney kapsamlarını AŞAĞIDAKİ Tablo-1'de belirtiniz./ please give the examine/test scopes for which the accreditation is requested in Table-1.

NOT:Tıbbi Laboratuvarın şubeleri mevcut ise, EK-A çoğaltılarak her bir şube başvuru kapsamı ayrı ayrı verilmelidir. /If medical laboratory has sites, the applications scopes must be given separately for every site



NATIONAL ACCREDITATION CENTER

Başvuran Tıbbi laboratuvar olarak NAC Akreditasyon Prosedürleri ile NAC kurallarını okuduğumuzu, anladığımızı ve aynı zamanda NAC Hizmet Ücretleri Klavuzuna (K-001) uygun olarak tarafımıza fatura edilecek bedelleri ödeyeceğimizi taahhüt ederiz.

(As the applicant medical laboratory, we hereby declare that the NAC Accreditation Procedures and NAC Rules are understood by us and all costs that will be invoiced consistent with NAC Service Fees Guide (K-001) will be paid by our testing laboratory.)

(Resmi Kaşe (Official Stamp))

Yer /(Place):

Tarih (Date):

Yetkili Adı Soyadı ve İmzası:

(Authorized Person's Name-Surname-Signature)

Önemli Hatırlatmalar (Reminder)

Başvuru formunun ekine, "FR-034 Akreditasyon Hizmetleri, Uygunluk Değerlendirme Kuruluşu Yetkili Bildirim Formu" ile "FR-001 Akreditasyon Sözleşmesi" (2 Nüsha) doldurulup yetkili kişi tarafından imzalanarak eklenmesi gerekmektedir.

FR-034 "Conformity Assessment Body Representing Person Declaration for Accreditation Services Form" and FR-001 "Accreditation Contract" (2 copies) shall be filled, signed by authorized person and attached to this application form.

Başvuru Formunun ve eklerinin birlikte iletilmesinin ardından başvurunuz NAC Bilgi Sistemine kaydedilecektir. Bu işlemi takiben Kuruluşunuzun Yetkilisi tarafından denetim ile ilgili dokümanlarınız NAC Bilgi sistemine yüklenmelidir. After receiving the application form and annexes, your application will be uploaded to NAC Information System. Following this process, applicant testing laboratory should upload requested documents to NAC Information System.



NATIONAL ACCREDITATION CENTER

EK-A / (Annex A)ⁱⁱⁱ

Tıbbi laboratuvarın şubeleri (Sites of medical laboratory)

Tıbbi laboratuvarın şubesi Adı / Tanımı (Name-Identity of the site medical laboratory):

Adres (Address):

Şehir (City): Posta Kodu (Code): Ülke (Country):

Telefon (Telephone): Faks (Fax):

Tıbbi laboratuvarın şubesi Yöneticisinin Adı Soyadı (Name and Surname of Head of the site medical laboratory):

İrtibat Kurulacak Kişi Adı ve Soyadı (Name and Surname of Contact Person):

Telefon /Telephone: Cep Tel / Mobile Tel: E-posta /e-mail:

Tıbbi laboratuvarın şubesi Personel Sayısı / Number of site medical laboratory employee:

Dahili Kalibrasyon Yapılıyor mu ? / Does the medical laboratory carry out internal calibrations? Evet /Yes Hayır /No

Yapılan Dahili Kalibrasyonlar /Name of Carried out internal calibrations :

Tıbbi laboratuvarın şubesi Adı / Tanımı (Name-Identity of the site medical laboratory):

Adres (Address):

Şehir (City): Posta Kodu (Code): Ülke (Country):

Telefon (Telephone): Faks (Fax):

Tıbbi laboratuvarın şubesi Yöneticisinin Adı Soyadı (Name and Surname of Head of the site medical laboratory):

İrtibat Kurulacak Kişi Adı ve Soyadı (Name and Surname of Contact Person):

Telefon /Telephone: Cep Tel / Mobile Tel: E-posta /e-mail:

Tıbbi laboratuvarın şubesi Personel Sayısı / Number of site medical laboratory employee:

Dahili Kalibrasyon Yapılıyor mu ? / Does the calibration laboratory carry out internal calibrations? Evet /Yes Hayır /No

Yapılan Dahili Kalibrasyonlar /Name of Carried out internal calibrations :

ⁱ NAC tarafından doldurulacaktır. / filled by NAC.



NATIONAL ACCREDITATION CENTER

-
- ii: **Eğer yeterli sayıda boşluk yoksa lütfen ek için yeni sayfa kullanınız.** (*If there is insufficient space, please use a new page for this Annex.*)
- iii: **Eğer şube sayısı birden fazla ise, lütfen EK-A'daki sayfayı kullanınız.** (*If there are one more sites, please use page which is given at Annex-A.*)