

BAŞVURAN KURULUŞ TARAFINDAN DOLDURULACAK BÖLÜM

Başvuru tarihi			
Firma ünvanı			
Firma adresi			
Vergi Dairesi		Vergi No	
Telefon no		Faks no	
Web adresi		E-posta	
Faaliyet alanı-kapsamı (lütfen belge üzerine yazılmasını istediğiniz ifadeyi yazınız.) (Talep ediliyorsa İngilizce belge kapsamını da yazınız.)			
Yönetim Temsilcisi Adı Soyadı ve firmadaki pozisyonu		Yönetim Temsilcisi Telefon No ve E-posta	
Danışmanlık hizmetinden yararlanmak istiyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Hizmet talep edilen Denetim türü: <input type="checkbox"/> Ön Denetim <input type="checkbox"/> Belgelendirme <input type="checkbox"/> Transfer		
Coğrafi işaretli ürün sertifikanız mevcut mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			

Yukarıda beyan edilen tüm bilgilerin güncel ve doğru olduğunu beyan eder, bilgi eksikliği veya yanlış bilgilendirmeden ötürü oluşabilecek olumsuzluklara ilişkin sorumluluğu kabul ederim.

Adı Soyadı, İmza, Kaşe

Tarih