|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 04/05/2018 tarihli ve 30411 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmış olan Asansör Periyodik Kontrol Yönetmeliğinin 9. maddesi gereği imzalanan protokol kapsamında aşağıda bilgileri bulunan asansörün periyodik kontrolü "…………………………………………" adına "SRK TEKNİK MÜHENDİSLİK SAN. VE TİC. LTD. ŞTİ." tarafından gerçekleştirilmiştir. | | | | | | | | |
| **1. TALEP EDİLEN KONTROL TÜRÜ** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  |  | PERİYODİK KONTROL | |  | TESCİL KONTROL TAKİP KONTROLÜ ( )\* | | | |
| \* Kaçıncı Takip Kontrolü olduğunu belirtiniz. Takip Kontrolü için yapılan başvurularda **(aşağıdaki bilgilerde herhangi bir değişiklik olmaması halinde)** sadece Asansör Kimlik Numarasının yazılması yeterlidir. | | | | | | | | |
| **2. ADRES BİLGİLERİ** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **3. BİNA SORUMLUSU BİLGİLERİ** | | | | | | | | |
| **ADI SOYADI :** | | | | | | | | |
| **T.C. KİMLİK NO:** | | | | | | | **TELEFON NO:** | |
| **VERGİ KİMLİK NO (VERGİ DAİRESİ):** | | | | | | | | |
| **4. FATURA İÇİN BİLGİLER** | | | | | | | | |
| **ADI SOYADI/ UNVANI :** | | | | | | | | |
| **T.C. KİMLİK NO :** | | | | | | | **TELEFON NO:** | |
| **VERGİ KİMLİK NO (VERGİ DAİRESİ):** | | | | | | | | |
| Faturanın yukarıda bilgileri yer alan bina sorumlusu haricinde bir ilgiliye (özel veya tüzel kişilik) tebliğ edilmesi durumunda bu kısım doldurulur, aksi takdirde fatura yukarıda bilgileri yer alan bina sorumlusuna tebliğ edilecektir. | | | | | | | | |
| **5. ASANSÖR BAKIM FİRMASI BİLGİLERİ** | | | | | | | | |
| **ADI/UNVANI:** | | | | | | | **TELEFON NO:** | |
| **6. KONTROL ÜCRETİ** | | | | | | | | |
| **ASANSÖR ADEDİ :**  **DURAK SAYISI/SAYILARI :** | | | | | | | | |
| **ASANSÖR RAPOR NUMARALARI:** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **TOPLAM ÜCRET (KDV DÂHİL):** | | | | | | | | |
| Ücretin bina adı, bina adresi ve bina vergi numarası veya bina sorumlusuna ait T.C. Kimlik Numarası belirtilerek yasal ödeme süresi olan 30 gün içerisinde yatırılmasıve dekontun SRK Teknik Mühendislik San. ve Tic .Ltd .Şti. birimine ulaştırılması gerekmektedir. Belirtilen süre içerisinde ödemesi yapılmaması halinde Yasal Faizler, Avukatlık… vb. ücretler Asansör Sorumlusuna yüklenecektir. | | | | | | | | |
| **7. SRK TEKNİK MÜHENDİSLİK İLETİŞİM VE HESAP NO BİLGİLERİ** | | | | | | | | |
| **HESAP ADI : SRK TEKNİK MÜHENDİSLİK SAN. VE TİC.LTD.ŞTİ.**  **ADRES : Halkalı Mer. Mah. Posta 1 Sk Cadde 24 Rezidans No: A-12 K:5 D:65 Küçükçekmece / İSTANBUL** | | | | | | | | |
| **TELEFON NO: 0 212 801 34 06 FAKS NO: 0 212 801 34 06** | | | | | | | **E-mail: muhasebe@srkmuhendislik.com** | |
| **IBAN NO : AKBANK GALATA ŞUBESİ TR 70 0004 6000 1988 8000 1472 13** | | | | | | | | |
| **8. BAŞVURU SAHİBİNİN TAAHHÜDÜ** | | | | | | | | |
| SRK Teknik Mühendislik Yönergesinin bütün idari, mali, teknik ve hukuki hüküm ve şartlarını aynen kabul ettiğimi, SRK Teknik Mühendislik tarafından görevlendirilen personelin başvuru konusu “Asansör Yıllık Kontrol Muayenesi” ile ilgili olarak yürüteceği her türlü iş ve işleme ait kayıt altına alınacak sonuçları kabul edeceğimi, görevli personele muayene faaliyetleri esnasında her türlü kolaylığı sağlayacağımı ve muayene ücretini muayeneden önce peşin olarak veya muayene tarihinden itibaren en geç 30 gün içerisinde ödeyeceğimi, bununla birlikte asansörün kullanımının can ve mal güvenliği açısından uygunsuz bulunduğu durumda asansörün kullanılmayacağını,  SRK, TÜRKAK tarafından akredite edilen bir muayene kuruluşudur. SRK’nın sahip olduğu TÜRKAK Akreditasyon Markasını, hiçbir suretle ve hiçbir amaçla kullanmayacağımı,  SRK’nın, akreditasyon denetiminde TÜRKAK tarafından ilgili TÜRKAK dokümanlarına göre sahada TÜRKAK denetçilerinin gözetimi altında denetim yapılmasını kabul edeceğimi,  **\*\*\***İlk Periyodik Muayene ’de **KIRMIZ**I (60 Gün ), **SARI** (120 Gün ) Etiket alınması halinde, belirtilen düzeltme süresi içerisindeki talep edilen İlk Takip Kontrolün Ücretsiz olduğunu. Belirtilen Tarih içerisinde randevu alınmaması halinde, daha sonraki günlere talep edilecek Takip Kontrolün Ücrete tabii olacağını, aksi halde Asansördeki eksikliklerin devam ettiği göz önüne alınarak A Tipi Muayene Kuruluşun asansörü İlgili İdareye Rapor edileceğini, İlgili İdarenin Asansörleri kapatma yetkisi olduğu bilgisine sahip olup, yasalar çerçevesinde hareket edeceğimi taahhüt ederim. | | | | | | | | |
| **TARİH:……/……/201…** | | | | | | | | |
|  | | | **BİNA /ASANSÖR SORUMLUSU** | | | **ASANSÖR BAKIM YETKİLİSİ** | | **MUAYENE ELEMANI** |
| **TC. No** | | |  | | |  | |  |
| **Adı Soyadı** | | |  | | |  | |  |
| **İmza** | | |  | | |  | |  |