|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASKERİ SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ ONAYLI TEDARİKÇİ ADAYI BAŞVURU FORMU** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **A. ŞİRKET BİLGİLERİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** | **Adı** *(Ticaret Sicil* *Tasdiknamesinde Yer Aldığı Şekilde Girilecek ve Ticaret Sicil Tasdiknamesi Eklenecektir.)* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.** | **Vergi Nu.** *(Tahakkuk Etmiş Son Kurumlar Vergisi Beyannamesi Eklenmesi Zorunludur.)* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.** | **Faaliyet Alanı / Sektörü** | | | | | | | | | | | | | |
| **Yetkili Bayi ve Teknik Servis**  **Üretim/İmalat Tasarım Ar-Ge Yazılım Hizmet Resmi Distribütör** | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.** | **SGK Sicil Nu. :** | | | | | **5.** | | **MERSİS Nu. :** | | | | | | |
| **6.** | **İLETİŞİM BİLGİLERİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **a.** | **Merkez İletişim Bilgileri** | | | | | | **b.** | **Fabrika İletişim Bilgileri (varsa)** | | | | | | |
| Adres | | **:** |  | | | | Adres | | | **:** | |  | | |
| Telefon | | **:** |  | | | | Telefon | | | **:** | |  | | |
| Faks | | **:** |  | | | | Faks | | | **:** | |  | | |
| E-Mail | | **:** |  | | | | E-Mail | | | **:** | |  | | |
| **c.** | **Başvuru ile İlgili İletişime Geçilecek Firma Personeli** | | | | | | | | | | | | | |
| Unvanı, Adı, Soyadı: | | | | | | | | | Telefon: | | | | | |
| E-Mail : | | | | | |
| **7.** | **Şirketin Yöneticilerine ait Kimlik Numaraları** *(Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşı Değilse Türk Makamlarınca verilen Yabancı Kimlik No)* **veya Vergi Numaraları** *(Şirketse)*, **İsim ve Soy İsimleri/ Firma Adı** *(Şirketse)***, görevleri/hisse oranları** *(A*nonim şirket ise yönetim kurulu üyelerinin ve şirketin idaresinde hakim etkisi bulunan ortağının/ortaklarının; limited şirket ise şirket müdürünün/müdürlerinin ve şirketin idaresinde hakim etkisi bulunan ortağının/ortaklarının adli sicil kayıt belgeleri eklenecektir.) | | | | | | | | | | | | | |
|  | **T.C. Kimlik Numarası / Vergi Numarası** | | | | **İsim ve Soy İsim / Firma Adı** | | | | | | **Hisse Oranı** | | | |
| **a.** |  | | | |  | | | | | |  | | | |
| **b.** |  | | | |  | | | | | |  | | | |
| **c.** |  | | | |  | | | | | |  | | | |
| **ç.** |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | **B. PERSONEL BİLGİLERİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** | **Toplam Personel Sayısını Belirtiniz.** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.** | **Toplam Teknik Personel Sayısını Belirtiniz.** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **C. YÖNETSEL YETERLİLİK BİLGİLERİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** | **Sahip Olunan Kalite Belgelerini Yazınız.** | | | | | | | | | | | | | |
| **a.** |  | | | | | | **c.** |  | | | | | | |
| **b.** |  | | | | | | **ç.** |  | | | | | | |
| **3.** | **Elektronik Kamu Alımları Platformu (EKAP) Üyelik Belgesi Var Mı?**  *(EKAP üyeliği bulunmayan işletmelerin başvuruları kabul edilmeyecektir)*  Hayır | | | | | | | | | | | | | |
|  | Evet | | | | | | | | | | | | | |
| **4.** | **Kamu İhalelerinden Yasaklı Mıdır?** | | | | | | | | | | | | | |
| Hayır  Evet | | | | | | | | | | | | | | |
| **5.** | **Satış Sonrası Hizmet Veriliyor Mu?** | | | | | | | | | | | | | |
| Hayır  Evet | | | | | | | | | | | | | | |
| **6.** | **ÜTS Kaydı Bulunuyor Mu?** | | | | | | | | | | | | | |
| Hayır  Evet  **ÜTS FİRMA NUMARASI:………………………………..** | | | | | | | | | | | | | | |
| **6.** | **Savunma Sanayi Sektöründe Daha Önce İş Yaptınız Mı?** *(Sadece Kurum/Firma Adı Yazılacak)* | | | | | | | | | | | | | |
| **a.** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **b.** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **c.** |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Ç. ÜRETİM YÖNETİMİ, DEPO VE YETKİ BİLGİLERİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** | **Üretim Yapılıyor İse Yerlilik Oranı Hakkında Bilgi Veriniz?** | | | | | | | | | | | | | |
| Yüzde (%) ................. | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.** | **Açık ve Kapalı Depolama Alanı Hakkında Bilgi Veriniz?** | | | | | | | | | | | | | |
| Kapalı Alan :……..………………m², Açık Alan: …………...……………m² | | | | | | | | | | | | | | |
| **7.** | **Varsa tezgah parkınızdaki önemli tezgahlardan birkaçını yazınız.** | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Tezgah** | | | **Yaşı** | | | | | | | | | **Kalibrasyon Yapılıyor mu? (Evet/Hayır)** | |
| **1.** |  | | |  | | | | | | | | |  | |
| **2.** |  | | |  | | | | | | | | |  | |
| **3.** |  | | |  | | | | | | | | |  | |
| **4.** |  | | |  | | | | | | | | |  | |
| **5.** |  | | |  | | | | | | | | |  | |
| **8.** | **Yetkili Temsilci (Distribütör) Belgesi Aşağıdaki Alana Distribütörlük Anlaşması Yapılan Üretici Firmanın/Firmaların Bilgilerini (Firma Adı, Şehir, Ülke) Yazınız** *(Yurt dışında faaliyet gösteren firmanın/firmaların yetkili temsilcisi veya distribütörü olan firmalar; resmî belge olarak;  yurt dışındaki firmanın distribütörü ya da yetkili temsilcisi olduğunu gösterir belgenin "APOSTILLE" kaşeli (yurt dışında belgeyi veren firmaca yaptırılacaktır) suretini yeminli tercümana tercüme ettirip müteakiben notere onaylattırarak Askeri Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne veya Askeri Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bağlısı birimlere* ***aslını veya noter onaylı suretini*** *teslim edecektir. Bahse konu belgelerde "Yetkili Temsilci" veya “Distribütör” ifadesi yer alması gerekmektedir. Bir ürün veya ürün grubu için, sadece satışa yetkili Temsilci/Bayi olarak yapılan onaylı tedarikçi başvurusu kabul edilmeyecek olup, Yetkili Temsilci/Bayi olarak aynı zamanda Yetkili Teknik Servis Hizmeti sunan firmaların başvuruları değerlendirmeye alınacaktır.* | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Distribütörü Olduğu Firma Adı / Ülkesi** | | | | | | | | | | | | | **Distribütörlük Süresi**  **Bitiş Tarihi** |
| **a.** |  | | | | | | | | | | | | | …..../….../….. |
| **b.** |  | | | | | | | | | | | | | …..../….../….. |
| **c.** |  | | | | | | | | | | | | | …..../….../….. |
| **ç.** |  | | | | | | | | | | | | | …..../….../….. |
| **d.** |  | | | | | | | | | | | | | …..../….../….. |
| **AÇIKLAMALAR**  1. Başvuru esnasında aşağıdaki belgeler ibraz edilecektir.  a. Ticaret Sicil Tasdiknamesi (aslı/e-imzalı), imzacının imza beyannamesi/imza sirküleri, vekâleten imzalanmışsa noter onaylı vekâletname ile vekilin noter tasdikli imza beyannamesi (asılları gösterilerek bir fotokopisi ibraz edilebilecektir),  b. İhale Durum Belgesi, İflas Konkordato Belgesi, Adli Sicil Kayıtları (anonim şirket ise yönetim kurulu üyelerinin, limited şirket ise şirket müdürünün/müdürlerinin, kollektif şirket ise ortakların tamamının, komandit şirkette komandite ortakların hepsinin, komanditer ortaklardan kendilerine şirketi temsil yetkisi verilmiş olan ortakların, kooperatiflerde yönetim kurulu üyelerinin; ayrıca sermaye şirketinde yönetim kurulu üyesi veya limited şirket müdürü olmasa dahi şirketin idaresinde hakim etkisi bulunan ortak veya ortakların),  c. Tahakkuk etmiş son Kurumlar Vergisi Beyannamesi,  ç. Kapasite Raporu (Kapasite Raporu yazılım faaliyet alanı için varsa eklenecektir. Üretim/imalat faaliyet alanı için Kapasite Raporunu eklemek zorunludur. Ancak Sanayi Sicil Belgesini Kapasite Raporu olmadan alabilen mikro işletme statüsündeki bir işletmeyse ve kapasite raporu yoksa kapasite raporu yerine Sanayi Sicil Belgesini eklemek zorunludur)  d. Distribütör olarak başvuran aday firmalar için bu formun Ç Bölümü 8’inci Maddesinde yer alan açıklamalara uygun Yetkili Temsilci (Distribütör) Belgesinin noter onaylı sureti dosyaya eklenecektir.  2. Askeri Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Onaylı Tedarikçi Adayı Başvuru Formu’nun her sayfası ile ıslak imza/barkod veya doğrulama kodu bulunmayan eklerin her sayfası aday firmayı temsile yetkili kişi tarafından imzalanacak ve kaşelenecektir.  3. EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu) kaydı olmayan aday firma başvuruları kabul edilmeyecektir.  4. Askeri Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Onaylı Tedarikçi Adayı Başvuru Formu doldurularak ve ek olarak istenen belgeler eksiksiz şekilde hazırlanarak, her sayfası imza ve kaşeli olacak şekilde Askeri Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne elden ya da posta yoluyla başvuru yapılacaktır.  6. Aday firma Askeri Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Onaylı Tedarikçi Adayı Başvuru Formu’nu imzalayarak;  a. Yeterliliklerinin tespiti amacıyla görevlendirilecek heyetlerce tetkik edilmeyi, tetkik heyetine gerekli kolaylığı göstermeyi, istenecek bilgi, belge ve ürün numunelerini vermeyi,  b. Ortaklık yapısı, unvan, adres ve iletişim bilgisi değişikliklerinde, fesih ve infisah hallerinde vb. değişikliği Askeri Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne derhal bildireceğini,  c. Süreli distribütörlük belgesi bulunan firmalar, süresi bittiği tarihte yeni distribütörlük belgesini ibraz etmeyi ya da edememesi halinde durumunu bildirir bir dilekçe vermeyi ve aksi taktirde yasal sorumluluklardan doğabilecek müeyyideleri, belgesini yenilememesi durumunda onaylı tedarikçi statüsünün sonlandırılabileceğini peşinen kabul etmiş olacaktır.  7. Başvuran firmaların faaliyet alanları, üretim kabiliyetleri, Askeri Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bağlısı birimlerin ihtiyaç duyduğu ürünler, söz konusu ürünleri üreten onaylı tedarikçi sayıları vb. veriler esas alınarak Onaylı Tedarikçi Değerlendirme Kurulu’nun belirleyeceği kriterlere uygun olan aday firmaların başvuruları değerlendirmeye alınacak, bu kriterlere uygun olmayan aday firmaların başvuruları reddedilecektir.  8. Onaylı tedarikçilik statüsünün devam ettiği süre boyunca ihtiyaç duyulması durumunda firmaya ilişkin güncel bilgi ve belgeler talep edilebilecek veya yerinde tetkik faaliyetleri gerçekleştirilebilecek, durumunun belirlenen kriterlere uygun olmadığı tespit edilen firmaların statüleri iptal edilebilecektir. | | | | | | | | | | | | | | |
| Bu formda ve ibraz ettiğim belgelerdeki bilgilerin tamamının güncel ve doğru olduğunu, yukarıda yer alan açıklamaların tamamını okuyup anladığımı beyan ederim.  Tarih : ......../....../.20......  Yetkili Kişinin  Adı Soyadı :  Unvanı :  Tel. Nu. :  İmzası : | | | | | | | | | | | | | | |

(Her sayfaya İmza/Kaşe)