

 medikal kalibrasyon	HTC MEDİKAL KALİBRASYON DAN. EĞT. İNŞ. TUR. TAAH. SAN. TİC. LTD. ŞTİ. TS EN ISO IEC 17025	FORM NO	FR-39
		İLK YAYIN TARİHİ	01.07.2014
		REVİZYON NO/TARİHİ	02 15.11.2024
		SAYFA NO	1 / 1
FORM ADI: PERSONEL GİZLİLİK, TARAFSIZLIK VE BAĞIMSIZLIK BEYAN FORMU			

PERSONEL GİZLİLİK, TARAFSIZLIK VE BAĞIMSIZLIK İLKESİ

Aşağıdaki imzam ile HTC MEDİKAL KALİBRASYON DAN. EĞT. İNŞ. TURZ. TAAH. SAN. TİC LTD. ŞTİ'de görevim boyunca;

TS EN ISO 17025 standardı ve maddelerine, *Tıbbi cihazları test kontrol ve kalibrasyon faaliyetlerine ilişkin TCS-KLVZ-05 nolu kılavuza ,yönetmeliklere, yasalara, iş ahlakı kurallarına uygun olarak;* Kuruluşumuza ve müşterilerine ait tüm bilgi ve belgeleri üçüncü şahıslara karşı gizli tutmayı, yapılan faaliyetlerin tarafsızlığını tehlikeye sokacak şekilde diğer kuruluşlarla ticari ilişkiye girmemeyi, deney/kalibrasyonları talimatlara uygun olarak yapmayı ve kuruluş yönetiminden gelecek baskılardan etkilenmeyeceğimi açıkça beyan ve taahhüt ederim.

Görevimi yerine getirirken kalibrasyon, ölçüm, değerlendirme ve sertifika yazma prosesinde tarafsız davranacağımı, çelişkili olabilecek veya kalibrasyon sertifikası verilemeyecek durumları açıklayacağımı kabul ve taahhüt ederim.

Görevim boyunca zaman zaman benim sorumluluğumda veya kontrolümde olacak tüm cihaz, ekipman, doküman ve kayıtları iyi koruyacağımı, görevimin getirdiği şartlar haricinde üçüncü şahıslara göstermeyeceğimi veya açıklamayacağımı veya yapısını veya içeriğini kimseyle paylaşmayacağımı kabul ederim. Görev amacı ile ilgili olarak veya sizin tarafınızdan yazılı olarak izin verilenler dışında gizli kalması gereken bilgileri direk veya dolaylı kullanım, kayıt veya açıklama yapmayacağımı kabul ederim.

Sizin isteğinizle görevimin herhangi bir anda bitirilmesi durumunda, hemen, hiçbir kopya veya kayıt almadan görevim süresindeki HTC veya onun müşterilerini ilgilendiren tüm cihaz, ekipman, doküman ve kayıtları size geri iade edeceğimi ve tüm bu gibi doküman ve diğer tüm notların, yazılı kayıtların, fotoğrafların, çizimlerin, ve benim tarafımdan yapılan veya sağlanan veya bana verilen diğer materyallerin kopyalarını ve özetleri iade edeceğimi kabul ederim.

Personel Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

**HAZIRLAYAN
KALİTE YÖNETİCİSİ**

**ONAYLAYAN
GENEL MÜDÜR**