

Nonconformity management



Organization name	NEDU BAGLANTI ELEMANLARI SANAYİ VE TİCARET ANONİM ŞİRKETİ
Audit start date	04.May.2026
Audit end date	05.May.2026
Audit type	Recertification
CB identification no.	31017739
CB certificate no.	TUR-23133/8 - IATF
IATF USI (Unique site identifier)	Y6P4SS
IATF certificate no.	0483228



Additionally to this report a digital NC management report file will be provided by the auditor which has to be completed in IATF NC CARA at <https://nc-cara.iatfglobaloversight.org>. All information about the software and use is provided in the documentation accessible at the provided link.



Nonconformity management



NC no.	NC identification no.	Auditor's name	Standard	Standard clause	Classification	Due date max. 15 days	Due date max. 60 days	Reviewer decision	Date reviewed	Nonconformity observed in process
1	SBA-1	SELMAN BASKAN	IATF 16949:2016	7.1.5.3.2	minor		04.Jul.2026	Accepted	02.Aug.2026	Muayene Deney ve Kalibrasyon Süreci
2	SBA-2	SELMAN BASKAN	IATF 16949:2016	7.5.3.2.1	minor		04.Jul.2026	Accepted	02.Aug.2026	Üretim Süreci – Talaşlı İmalat
3	SBA-3	SELMAN BASKAN	ISO 9001:2015 and IATF 16949:2016	7.4	minor		04.Jul.2026	Accepted	02.Aug.2026	Üretim Süreci – Talaşlı İmalat
4	NAO1	NECLA AKIN	IATF 16949:2016	9.1.3.1	minor		04.Jul.2026	Accepted	02.Aug.2026	Üretim Süreci – Talaşlı İmalat
5	NAO2	NECLA AKIN	IATF 16949:2016	8.6.2	minor		04.Jul.2026	Accepted	02.Aug.2026	Yeni Ürün Devreye Alma Süreci
6	NAO3	NECLA AKIN	IATF 16949:2016	8.3.3.3	minor		04.Jul.2026	Accepted	02.Aug.2026	Üretim Süreci – Talaşlı İmalat



NC & actions

Nonconformity 1

To be completed by the CB auditor

NC header

NC identification no.	SBA-1
Standard	IATF 16949:2016
Classification	minor
Due date max. 60 days	04.Jul.2026
Nonconformity observed in process	Muayene Deney ve Kalibrasyon Süreci
Standard clause	7.1.5.3.2 External laboratory

Requirement

External/commercial/independent laboratory facilities used for inspection, test, or calibration services by the organization shall have a defined laboratory scope that includes the capability to perform the required inspection, test, or calibration, and either:

- the laboratory shall be accredited to ISO/IEC 17025 or its national equivalent (e.g., CNAS-CL01 in China) by an accreditation body (Signatory) of the ILAC MRA (International Laboratory Accreditation Forum Mutual Recognition Arrangement – www.ilac.org) and include the relevant inspection, test, or calibration service in the scope of the accreditation (certificate); the certificate of calibration or test report shall include the mark of a national accreditation body; or
- where a non-accredited laboratory is utilized (for example, but not limited to: specialist or integrated equipment, parameters with no international traceable standard reference, or original equipment manufacturers), the organization is responsible to ensure that there is evidence that the laboratory has been evaluated and meets the requirements of Section 7.1.5.3.1 of IATF 16949.

Note: integrated self-calibration of measurement equipment, including use of proprietary software, does not meet the requirements of calibration.

Statement of nonconformity

Dış kalibrasyon laboratuvar hizmetlerinin kullanımına yönelik süreç tam olarak etkin değildir.

Objective evidence

Talaşlı imalat prosesinin denetimi sırasında LJB1101666 referanslı ürün incelenmiştir. Kontrol planında (No: LJB1101666_ILKONAY rev.1.5.2026) tanımlanan "Köşe Malzeme Kaybı" ölçümleri yapılmaktadır. Ölçüm için kullanılan Pertometre Cihazının (cihaz kodu: 1164/2022) dış laboratuvarda yaptırılan kalibrasyon raporu incelendiğinde akreditasyon logosu olmadığı görüldü (Kalibrasyon rapor no: ŞYA-CR190824. Tarih: 19.8.2024. Mahr Mega Danışmanlık). Buna karşılık bu dış laboratuvarın IATF Madde-7.1.5.3.1'in gerekliliklerini karşıladığına dair değerlendirmesinin yapılmadığı gözlemlenmiştir.

Justification for classification

Yapılan ileri incelemelerde, bu pertometre cihazı ile yapılan ölçümlerde kalibrasyondan kaynaklı olarak iç ve/veya dış müşteride uygunsuzluk yaşanmadığı görülmüştür. Müşteri açısından risk olmamasına istinaden minör uygunsuzluk olarak sınıflandırılmıştır.

SELMAN BASKAN

Auditor's name

6-AUD-

C-2410-2020-1675

Auditor ID no.

05.May.2026

Audit closing meeting date

SELMAN BASKAN

To be completed by the organization

S1 Containment action, including timing and responsible person:

Kalibrasyon firması olan Mahr Mega Danışmanlık ile iletişime geçilip kalibrasyon raporundaki akreditasyon logosunun olup olmadığı sorgulanacak ve de hizmet yeterlilik belgesi alınacaktır. Halil Deniz Eroğlu 10.06.2026

S2 Evidence of implementation

Kalibrasyon firması olan Mahr Mega Danışmanlık ile iletişime geçilip kalibrasyon raporundaki akreditasyon logosunun olup olmadığı sorgulanmış ve de hizmet yeterlilik belgesi alınmıştır.

S3 Root cause analysis

Ölçüm için kullanılan Pertometre Cihazının (cihaz kodu: 1164/2022) dış laboratuvarda yaptırılan kalibrasyon raporu incelendiğinde akreditasyon logosu olmadığı görüldü (Kalibrasyon rapor no: ŞYA-CR190824. Tarih: 19.8.2024. Mahr Mega Danışmanlık). Buna karşılık bu dış laboratuvarın IATF Madde-7.1.5.3.1'in gerekliliklerini karşıladığına dair değerlendirmesinin yapılmadığı gözlemlenmiştir.
N1: İlgili cihaz özelinde akreditasyon/yetenlik belgesinin bulundurulmasına ilişkin farkındalık bulunmuyordu.
N2: PR-KLB-000-01 numaralı test ölçüm sistemleri yönetimi prosedüründe akredite olmayan firmalar için raporların değerlendirilmesine yönelik gerekli tanımlamalar yapılmadığı tespit edilmiştir.

Does the root cause impact other similar processes or products?

Yes

Please describe how the root cause impacts other process?

Aynı firmadan alınan farklı cihazlarda da akreditasyon/yetenlik açısından uygun olmayabilir. Bu aksiyon sayesinde firmanın yeterlilik belgesine sahip olduğu tespit edildi.

S4 Root cause result

PR-KLB-000-01 numaralı test ölçüm sistemleri yönetimi prosedüründe akredite olmayan firmalar için raporların değerlendirilmesine yönelik gerekli tanımlamalar yapılmadığı tespit edilmiştir.

S5 Systemic corrective actions, including timing and responsible person

PR-KLB-000-01 numaralı test ölçüm sistemleri yönetimi prosedürü akredite olmayan firmalar için raporların değerlendirilmesine yönelik bilgilerle güncellenecek. Halil Deniz Eroğlu 30.06.2026
Kalibrasyon firması ile mutabık kalınarak bundan sonraki tüm raporlarda yetkinlik belgesi gönderilecektir. Halil Deniz Eroğlu 10.06.2026
PR-KLB-000-01 numaralı test ölçüm sistemleri yönetimi prosedüründe yapılan revizyon üzerinde kalite ekiplerine bilgilendirme eğitimi verilecektir. Halil Deniz Eroğlu 30.06.2026

S6 Evidence of implementation

PR-KLB-000-01 numaralı test ölçüm sistemleri yönetimi prosedürü akredite olmayan firmalar için raporların değerlendirilmesine yönelik bilgilerle güncelleme yapılmıştır.
Kalibrasyon firması ile mutabık kalınarak bundan sonraki tüm raporlarda yetkinlik belgesi istenmiştir.
PR-KLB-000-01 numaralı test ölçüm sistemleri yönetimi prosedüründe yapılan revizyon üzerinde kalite ekiplerine bilgilendirme eğitimi verilmiştir.

S7 Action taken to verify effective implementation of corrective actions

İç kalite denetimi yapılmış olup ilgili prosedür (PR-KLB-000-01) kontrol edilmiştir, ayrıca ekibin kalibrasyon rapor farkındalığı sorgulanmıştır. Kanıtlar yeterli görülmüştür.

Submission(s)

Fulya Yurdagül

03.Jul.2026

Organizations representative

date

To be completed by the CB

Date reviewed

02.Aug.2026

Reviewer decision

Accepted

Reviewer comments

- Kalibrasyon hizmeti alınan dış laboratuvar "Mahr Mega Danışmanlık" ile iletişime geçilip gerekli dokümanlar temin edilmiş.
- PR-KLB-000-01 Test Ölçüm Sistemleri Yönetimi Prosedürü (Rev.10 / Tarih:30.06.2026) olarak görüldü. Akredite olmayan firmalar için raporların değerlendirilmesine yönelik gereklilikler tanımlanmış.
- 30.6.2026 tarihli "PR-KLB-000-01 numaralı test ölçüm sistemleri yönetimi prosedürü Revizyonu" konulu eğitime ait "Eğitim Katılım ve Etkinlik Değerlendirme Formu" görüldü. Kalite ekiplerine bilgilendirme eğitimi verilmiş.
- 3.7.3036 tarihli "İç Kalite Denetim Raporu" görüldü. İlgili prosedür kontrol edilmiş, ekibin kalibrasyon rapor farkındalığı sorgulanmış ve kanıtlar yeterli görülmüş.

Reviewer name

SELMAN BASKAN

Nonconformity 2

To be completed by the CB auditor

NC header

NC identification no.	SBA-2
Standard	IATF 16949:2016
Classification	minor
Due date max. 60 days	04.Jul.2026
Nonconformity observed in process	Üretim Süreci – Talaşlı İmalat
Standard clause	7.5.3.2.1 Record retention

Requirement

The organization shall define, document, and implement a record retention policy. The control of records shall satisfy statutory, regulatory, organizational, and customer requirements.
Production part approvals, tooling records (including maintenance and ownership), product and process design records, purchase orders (if applicable), or contracts and amendments shall be retained for the length of time that the product is active for production and service requirements, plus one calendar year, unless otherwise specified by the customer or regulatory agency.

Statement of nonconformity

İmalat prosesinde gerçekleştirilen otonom bakımlara ait kayıtların saklama sistematigi tam olarak etkin değildir.

Objective evidence

Talaşlı İmalat Prosesinin denetimi esnasında LJB1101666 referanslı "Çap 8.8 Özel Burç" ürünü denetlenmiştir. Operasyonunun gerçekleştirildiği 099 numaralı CNC makine için "FR-BKM-KLP-33 Takisawa Makineleri Otonom Bakım Takip Çizelgesi" ile önleyici bakım faaliyetlerinin tanımlandığı ve gerçekleştirilen faaliyetlerin bu çizelge üzerinde kayıt altına alındığı görülmüştür. Kayıt konusunda, ay sonunda ilgili kart dolduğunda kayıtların silindiği ve aynı kart üzerinden yeni aya ait kayıtların alınmaya devam edildiği, böylelikle geriye dönük kayıtlara ulaşılamadığı gözlemlenmiştir

Justification for classification

Yapılan ileri incelemelerde, önleyici bakım faaliyetlerinin etkin bir şekilde yapıldığı ve geçmişte ilgili makinede bu faaliyetlerden kaynaklı her hangi bir problem yaşanmadığı görülmüştür. Kalite Yönetim Sistemi ve Müşteri tarafında risk olmamasına istinaden minör uygunsuzluk olarak sınıflandırılmıştır.

SELMAN BASKAN

Auditor's name

6-AUD-

C-2410-2020-1675

Auditor ID no.

05.May.2026

Audit closing meeting date

SELMAN BASKAN

To be completed by the organization

S1 Containment action, including timing and responsible person:

Aylık olarak her tezgahın otonom bakım formları kayıt altına alınacaktır. Share pointte (ortak doküman sistemimiz) klasör açılarak içerisine kayıtlar yüklenecektir. Takibi bu klasör üzerinden yapılacaktır. Süleyman Bulduk 12.06.2026

S2 Evidence of implementation

Aylık olarak her tezgahın otonom bakım formları kayıt altına alınmıştır. Share pointte klasör açılarak içerisine yüklenmiştir. Takibi bu klasör üzerinden yapılacaktır.

S3 Root cause analysis

İmalat prosesinde gerçekleştirilen otonom bakımlara ait kayıtların saklama sistematigi tam olarak etkin değildir.

N1: Bakım kayıtları eksik, dağınık veya farklı alanlarda saklanmaktadır.

N2: Bakım kayıtlarının saklanması yönelik farkındalık bulunmamaktadır.

N3: Bakım kayıtlarının saklanması ve kayıt altına alınmasına ilişkin dokümanite edilmiş bilgi bulunmamaktadır.

Does the root cause impact other similar processes or products?

No

Please describe how the root cause does not impact other process?

Uygunsuzluğun yalnızca imalat prosesindeki otonom bakım kayıtlarının saklanması ile ilgili olduğu, diğer proseslerde kayıtların kendi prosedürlerine uygun olarak muhafaza edildiği doğrulanmıştır. Bu nedenle kök nedenin diğer proseslere etkisi bulunmamaktadır.

S4 Root cause result

Bakım kayıtlarının saklanması ve kayıt altına alınmasına ilişkin dokümanite edilmiş bilgi bulunmamaktadır.

S5 Systemic corrective actions, including timing and responsible person

FR-BKM-KLP-33 Takisawa Makineleri Otonom Bakım formuna otonom bakım formunun saklanma koşulu eklenecektir. Süleyman Bulduk 28.06.2026
Takım liderlerine otonom bakım kayıtlarının saklanması ile ilgili farkındalık eğitimi verilecektir. Süleyman Bulduk 28.06.2026

S6 Evidence of implementation

FR-BKM-KLP-33 Takisawa Makineleri Otonom Bakım formuna otonom bakım formunun saklanma koşulu eklenmiştir. Takım liderlerine otonom bakım kayıtlarının saklanması ile ilgili farkındalık eğitimi verilmiştir.

S7 Action taken to verify effective implementation of corrective actions

İç kalite denetiminde Mayıs ve Haziran aylarının otonom bakım kayıtları incelenmiştir. Kayıtların tutulduğu ve share point klasöründe saklandığı tespit edilmiştir.

Submission(s)

Fulya Yurdagül	03.Jul.2026
Organizations representative	date

To be completed by the CB

Date reviewed	02.Aug.2026
Reviewer decision	Accepted
Reviewer comments	- Aylık olarak her makinenin otonom bakım formları kayıt altına alınmış. Share point'te klasör açılarak içerisine yüklenmiş ve takibi bu klasör üzerinden yapılmaya başlanmıştır. - FR-BKM-KLP-33 Takisawa Makineleri Otonom Bakım Formuna, formunun saklanma koşulu eklenmiştir. - 17.6.2026 tarihli "Otonom Bakım Talimatı Kullanımı" konulu eğitime ait Eğitim Katılım Formu görüldü. Takım liderlerine otonom bakım kayıtlarının saklanması ile ilgili farkındalık eğitimi verilmiştir - 3.7.3036 tarihli "İç Kalite Denetim Raporu" görüldü. Mayıs ve Haziran aylarının otonom bakım kayıtları incelenmiştir. Kayıtların tutulduğu ve share point klasöründe saklandığı gözlenmiştir.
Reviewer name	SELMAN BASKAN



Nonconformity 3

To be completed by the CB auditor

NC header

NC identification no.	SBA-3
Standard	ISO 9001:2015 and IATF 16949:2016
Classification	minor
Due date max. 60 days	04.Jul.2026
Nonconformity observed in process	Üretim Süreci – Talaşlı İmalat
Standard clause	7.4 Communication

Requirement

The organization shall determine the internal and external communications relevant to the quality management system, including:

- on what it will communicate;
- when to communicate;
- with whom to communicate;
- how to communicate;
- who communicates.

Statement of nonconformity

Vardiya değişiminde kullanılan vardiya defterinin kullanımı tam olarak etkin değildir.

Objective evidence

5.5.2026 tarihli Talaşlı İmalat prosesinin denetimi sırasında 00.00-08.00 vardiyasından 08.00-16.00 vardiyasına geçiş değerlendirilmiştir. Vardiya değişimlerinde, biten son vardiyaya ait Personel durumları, Makine & Tezgah arızaları, vb bilgilerin Vardiya Defterine kaydedildiği görülmüştür. Fakat defter incelendiğinde, bir önceki 4.5.2026 tarihli 16.00 - 00.00 vardiyasına ait kayıtlar görülememiştir.

Justification for classification

Vardiya değişimlerinde, farklı vardiyalar arasındaki iletişimin sadece bu vardiya defteri ile sağlanmadığı, üretim takım liderlerinin ayrıca sözlü olarak iletişim halinde olduğu da görülmüştür. Ayrıca deftere aktarılan konulara, farklı noktalara alınan kayıtlardan ulaşılabileceği de görülmüştür. Müşteri ve kalite yönetim sistemi açısından risk olmamasına istinaden minör uygunsuzluk olarak sınıflandırılmıştır.

SELMAN BASKAN

Auditor's name

6-AUD-

C-2410-2020-1675

Auditor ID no.

05.May.2026

Audit closing meeting date

SELMAN BASKAN

To be completed by the organization

S1 Containment action, including timing and responsible person:

Vardiya defterlerinde her vardiya bitişinde saha lideri/üretim mühendisi/üretim müdürü vardiya sonu defteri imzalayacaktır. Süleyman Bulduk
12.06.2026

S2 Evidence of implementation

Vardiya defterlerinde her vardiya bitişinde saha lideri/üretim mühendisi/üretim müdürü vardiya sonu imzalayacaktır.

S3 Root cause analysis

Vardiya değişiminde kullanılan vardiya defterinin kullanımı tam olarak etkin değildir.

N1: Vardiya geçişlerinde bilgi aktarımı vardiya defterine yazılmasına rağmen genel bilgilendirmeler takım liderleri arasında saha içerisinde sözlü anlatım şeklinde gerçekleşmektedir. Bu nedenle zaman zaman vardiya defterine vardiya bilgilerinin yazılmadığı tespit edilmiştir.

N2: Vardiya geçişlerindeki vardiya kayıtlarının vardiya defterinde saklanması gerektiği bilinmiyordu.

N3: Takım liderinin vardiya defterindeki bilgi aktarımının kayıt altına alındığı farkındalığı bulunmamaktadır.

Does the root cause impact other similar processes or products?

No

Please describe how the root cause does not impact other process?

Uygunsuzluğun yalnızca imalat prosesindeki vardiya değişimlerinde kullanılan vardiya defterinin kullanımına ilişkin olduğu, diğer proseslerde bilgi aktarımı ve kayıtların ilgili uygulamalara uygun şekilde yürütüldüğü doğrulanmıştır. Bu nedenle kök nedenin diğer proseslere etkisi bulunmamaktadır.

S4 Root cause result

Takım liderinin vardiya defterindeki bilgi aktarımının kayıt altına alındığı farkındalığı bulunmamaktadır.

S5 Systemic corrective actions, including timing and responsible person

Vardiya defterlerinde her vardiya bitişinde saha lideri/üretim mühendisi/üretim müdürü vardiya sonu defteri imzalayacaktır. Süleyman Bulduk 12.06.2026

Takım liderlerine vardiya defterlerinin doldurulması ile ilgili farkındalık eğitimi verilecektir. Süleyman Bulduk 12.06.2026

S6 Evidence of implementation

Vardiya defterlerinde her vardiya bitişinde saha lideri/üretim mühendisi/üretim müdürü vardiya sonu defteri imzalanmaktadır. Takım liderlerine vardiya defterlerinin doldurulması ile ilgili farkındalık eğitimi verilmiştir.

S7 Action taken to verify effective implementation of corrective actions

İç kalite denetiminde vardiya defteri kontrol edilmiştir. Vardiya geçişlerinde sorumlu saha lideri/üretim mühendisi/üretim müdürünün imzaları olduğu tespit edilmiştir.

Submission(s)

Fulya Yurdağül

03.Jul.2026

Organizations representative

date

To be completed by the CB

Date reviewed

02.Aug.2026

Reviewer decision

Accepted

Reviewer comments

- Vardiya defterlerinin, her vardiya sonunda saha lideri & üretim mühendisi & üretim müdürü tarafından imzalanması sağlanmış.
- 17.6.2026 tarihli "Vardiya Defteri Kullanımı" konulu eğitime ait Eğitim Katılım Formu görüldü. Takım liderlerine vardiya defterlerinin doldurulması ile ilgili farkındalık eğitimi verilmiştir.
- 3.7.3036 tarihli "İç Kalite Denetim Raporu" görüldü. Vardiya geçişlerinde sorumlu saha lideri/üretim mühendisi/üretim müdürünün imzaları olduğu tespit edilmiştir.

Reviewer name

SELMAN BASKAN

Nonconformity 4

To be completed by the CB auditor

NC header

NC identification no.	NA01
Standard	IATF 16949:2016
Classification	minor
Due date max. 60 days	04.Jul.2026
Nonconformity observed in process	Üretim Süreci – Talaşlı İmalat
Standard clause	9.1.3.1 Prioritization

Requirement

Trends in quality and operational performance shall be compared with progress toward objectives and lead to action to support prioritization of actions for improving customer satisfaction.

Statement of nonconformity

Defining objectives and lead to action plan process is not fully effective

Objective evidence

Talaşlı imalat : Hurda oranı : ocak / şubat / mart 2025 aylarında hurda oranları hedefin dışında ancak ilgili aksiyonlar sistematik bir şekilde takip edilmemiş.

Justification for classification

Ocak Şubat Mart gösterilememiş olsa da diğer tüm aylarda aksiyonlar kaizenlerle takip edildiği için risk görülmemiştir. Müşteride ve kalite yönetim sisteminde riskli bir durum olmaması sebebi ile minör olarak sınıflandırılmıştır.

NECLA AKIN
Auditor's name

6-AUD-
C-2410-2496-8116
Auditor ID no.

05.May.2026
Audit closing meeting date

This document is valid without a
signature

To be completed by the organization

S1 Containment action, including timing and responsible person:

Ocak, Şubat ve Mart 2025 dönemine ait talaşlı imalat hurda oranları yeniden gözden geçirilecektir. Hedef dışındaki sonuçlar için geriye dönük analiz gerçekleştirilecek, ilgili proses sorumluları ile değerlendirilip aylara ait hurda nedenleri kayıt altına alınacaktır. Ayrıca mevcut ay (güncel dönem) hurda performansı kontrol edilerek hedef dışı durumlar için aksiyon planı oluşturulacaktır. Okan Bilir 29.06.2026

S2 Evidence of implementation

Ocak, Şubat ve Mart 2025 dönemine ait talaşlı imalat hurda oranları yeniden gözden geçirilmiştir. Hedef dışındaki sonuçlar için geriye dönük analiz gerçekleştirilmiş, ilgili proses sorumluları ile değerlendirilmiş ve aylara ait hurda nedenleri kayıt altına alınmıştır. Ayrıca mevcut ay (güncel dönem) hurda performansı kontrol edilerek hedef dışı durumlar için aksiyon planı oluşturulmuştur.

S3 Root cause analysis

Talaşlı imalat : Hurda oranı : ocak / şubat / mart 2025 aylarında hurda oranları hedefin dışında ancak ilgili aksiyonlar sistematik bir şekilde takip edilmemiş.

N1:Hedef dışı hurda oranları için aksiyonlar açılmamış ve düzenli olarak takip edilmemiştir.

N2:Hurda performansı değerlendirilmiş olmasına rağmen hedef sapmalarında aksiyon başlatılmasını zorunlu kılan standart bir uygulama bulunmamaktadır.

N3:Performans yönetim süreci oluşturulurken hedef sapmalarının sistematik yönetimine yönelik kontrol mekanizması tanımlanmamıştır.

Does the root cause impact other similar processes or products?

No

Please describe how the root cause does not impact other process?

Hedefte sapma durumlarında yalnızca hurda konusunda kayıt altına alınan aksiyon takibi görülmüştür. Diğer proseslerin boss chart ile

takip edildiği tespit edilmiştir.

S4 Root cause result

Performans yönetim süreci oluşturulurken hedef sapmalarının sistematik yönetimine yönelik kontrol mekanizması tanımlanmamıştır.

S5 Systemic corrective actions, including timing and responsible person

Sürekli iyileştirme prosedürüne hedeften sapan durumlar için aksiyon planı oluşturulmasının zorunlu kılınacağı bilgisi ile güncelleme yapılacak. Fulya Yurdagül 02.07.2026

Aylık performans toplantılarında (icra toplantıları) hurda oranı gündem maddesi olarak standart hale getirilmesi için aksiyon planı sayfaları için icra toplantıları içerik indeksi oluşturulacak. Fulya Yurdagül 02.07.2026

Mevcut ay (güncel dönem) hurda performansı kontrol edilerek hedef dışı durumlar için aksiyon planı oluşturulacaktır. Okan Bilir 02.07.2026

S6 Evidence of implementation

Sürekli iyileştirme prosedürüne hedeften sapan durumlar için aksiyon planı oluşturulmasının zorunlu kılınacağı bilgisi ile güncelleme yapıldı. Aylık performans toplantılarında (icra toplantıları) hurda oranı gündem maddesi olarak standart hale getirilmesi için aksiyon planı sayfaları için icra toplantıları içerik indeksi oluşturuldu.

Mevcut ay (güncel dönem) hurda performansı kontrol edilerek hedef dışı durumlar için aksiyon planı oluşturuldu.

S7 Action taken to verify effective implementation of corrective actions

İç kalite denetiminde güncel icra sunumu kontrol edildi, hedeften sapan durumlar için aksiyon planı hazırlandığı görüldü.

Submission(s)

Fulya Yurdagül

03.Jul.2026

Organizations representative

date

To be completed by the CB

Date reviewed

02.Aug.2026

Reviewer decision

Accepted

Reviewer comments

- 2025 yılı Ocak, Şubat ve Mart aylarına ait talaşlı imalat hurda oranları yeniden gözden geçirilmiş. Hedef dışındaki sonuçlar için geriye dönük analiz gerçekleştirilmiş, ilgili proses sorumluları ile değerlendirilmiş ve aylara ait hurda nedenleri kayıt altına alınmış.
- 3501-YGG-PR-02_2 Sürekli İyileştirme Prosedürü (Rev: 2 Tarih:01.07.2026) olarak görüldü. Prosedürde, hedeften sapan durumlar için aksiyon planı oluşturulmasının zorunlu kılınacağı gerekliliği tanımlanmış.
- 3501-KYS-TB-02 Aylık İcra Sunumu İçerik Tablosu görüldü. Hurda oranı, gündem maddesi olarak icra toplantıları içerik indeksine ilave edilmiş.
- Mevcut ay için hurda performansı kontrol edilerek hedef dışı durumlar için aksiyon planı oluşturulmuş.
- 3.7.3036 tarihli "İç Kalite Denetim Raporu" görüldü. Hedeften sapan durumlar için aksiyon planı hazırlandığı görüldü.

Reviewer name

SELMAN BASKAN



Nonconformity 5

To be completed by the CB auditor

NC header

NC identification no.	NAO2
Standard	IATF 16949:2016
Classification	minor
Due date max. 60 days	04.Jul.2026
Nonconformity observed in process	Yeni Ürün Devreye Alma Süreci
Standard clause	8.6.2 Layout inspection and functional testing

Requirement

A layout inspection and a functional verification to applicable customer engineering material and performance standards shall be performed for each product as specified in the control plans. Results shall be available for customer review.

Statement of nonconformity

Layout inspection process is not fully effective

Objective evidence

Yeni ürün devreye alma prosesi denetimi sırasında kontrol planı 3400201 4.8.2025-6.8.2025 rev 2 incelendi. Ürün 2025 yılı sonunda devreye alınmış.
İlgili referans için, Layout Inspection denetiminin kontrol planında tanımlı olmadığı görüldü

Justification for classification

Diğer referans kontrol planı da örneklandı, 3400074 housing ürünü kontrol planında (27.8.2024) layout inspection tanımlı olduğu görüldü. Müşteride ve kalite yönetim sisteminde risk yaratacak bir durum söz konusu değil.

NECLA AKIN
Auditor's name

6-AUD-
C-2410-2496-8116
Auditor ID no.

05.May.2026
Audit closing meeting date

This document is valid without a
signature

To be completed by the organization

S1 Containment action, including timing and responsible person:

3400201 numaralı ürünün kontrol planına lay-out inspection denetimi eklenecektir. Okan Özler 29.06.2026

S2 Evidence of implementation

3400201 numaralı ürünün kontrol planına lay-out inspection denetimi eklenmiştir.

S3 Root cause analysis

Yeni ürün devreye alma prosesi denetimi sırasında kontrol planı 3400201 4.8.2025-6.8.2025 rev 2 incelendi. Ürün 2025 yılı sonunda devreye alınmış.
İlgili referans için, Layout Inspection denetiminin kontrol planında tanımlı olmadığı görüldü.
N1- İlgili referans için lay-out inspection yapma gereksinimi duyulmadı.
N2- Her referans için lay-out inspection yapma farkındalığı yoktu.
N3- Kontrol planı el kitabında lay-out inspection yapılma gereksinimine ait tanım bulunamadı.

Does the root cause impact other similar processes or products? Yes

Please describe how the root cause impacts other process? Aynı yaklaşımın kullanıldığı diğer referanslara ait kontrol planlarında da Lay-out Inspection gerekliliğinin gözden kaçırılması riski bulunmaktadır. Bu nedenle etki, benzer ürün devreye alma ve kontrol planı hazırlama süreçlerini kapsamaktadır.

S4 Root cause result

Kontrol planı el kitabında lay-out inspection yapılma gereksinimine ait tanım bulunmadığı için her ürüne lay-out inspection denetimi yapılmasına gerek duyulmamış.

S5 Systemic corrective actions, including timing and responsible person

Kontrol planı el kitabında ürünlere lay-out inspection denetimi yapılmasına dair güncelleme yapılacak. Okan Özler 30.06.2026
Kontrol planı el kitabı üzerinden mühendislik birimi çalışanlarına farkındalık eğitimi verilecek. Okan Özler 30.06.2026
Kontrol planı checkliste lay out inspection maddesi eklenecek. Okan Özler 30.06.2026

S6 Evidence of implementation

Kontrol planı el kitabında ürünlere lay-out inspection denetimi yapılmasına dair güncelleme yapılmıştır.
Kontrol planı el kitabı üzerinden mühendislik birimi çalışanlarına farkındalık eğitimi verilmiştir.
Kontrol planı checkliste lay out inspection maddesi eklenmiştir.

S7 Action taken to verify effective implementation of corrective actions

Kalite iç denetiminde kontrol planı el kitabı ve kontrol planı checklisti kontrol edilmiş ve lay-out inspection denetimine ait tanımlamaların yapıldığı görülmüştür.

Submission(s)

Fulya Yurdagül	03.Jul.2026
Organizations representative	date

To be completed by the CB

Date reviewed	02.Aug.2026
Reviewer decision	Accepted
Reviewer comments	- 3400201 referanslı ürüne ait kontrol planına lay-out inspection ilave edilmiş. - 3501-YUD-EK-00 Kontrol Planı El Kitabı (rev.3 tarih:03.07.2026) olarak görüldü. Ürünlere ait kontrol planlarında lay-out inspection tanımlanmasına dair gereklilikler tanımlanmış. - 3501-YUD-FR-011 Kontrol Planı Gözden Geçirme Checklisti (rev.2 / Tarih: 03.07.2026) olarak görüldü. Lay out inspection maddesi eklenmiş. - 30.6.2026 tarihli "Kontrol Planı El Kitabı – Layout Inspection revizyonu" konulu eğitime ait "Eğitim Katılım ve Etkinlik Değerlendirme Formu" görüldü. Mühendislik birimi çalışanlarına farkındalık eğitimi verilmiş. - 3.7.3036 tarihli "İç Kalite Denetim Raporu" görüldü. Kontrol planı el kitabı ve kontrol planı checklisti kontrol edilmiş ve lay-out inspection denetimine ait tanımlamaların yapıldığı görülmüş.
Reviewer name	SELMAN BASKAN



Nonconformity 6

To be completed by the CB auditor

NC header

NC identification no.	NA03
Standard	IATF 16949:2016
Classification	minor
Due date max. 60 days	04.Jul.2026
Nonconformity observed in process	Üretim Süreci – Talaşlı İmalat
Standard clause	8.3.3.3 Special characteristics

Requirement

The organization shall use a multidisciplinary approach to establish, document, and implement its process(es) to identify special characteristics, including those determined by the customer and the risk analysis performed by the organization, and shall include the following:

- a) documentation of special characteristics in the product and/or manufacturing (as required), relevant risk analysis (such as Process FMEA), control plans, and standard work/operator instructions; special characteristics are identified with specific markings and are documented in the manufacturing documents which show the creation of, or the controls required, for these special characteristics;
- b) development of control and monitoring strategies for special characteristics of products and production processes;
- c) customer-specified approvals, when required;
- d) compliance with customer-specified definitions and symbols or the organization's equivalent symbols or notations, as defined in a symbol conversion table. The symbol conversion table shall be submitted to the customer, if required.

Statement of nonconformity

Special characteristics process is not fully effective

Objective evidence

LJA0907871 Kontrol planı 01.05.2026 incelendi. İlk parça onayı sırasında kullanılan formda belirtilen SC karakteristik noktaları ile kontrol planında belirtilen SC karakteristik noktaları birbiri ile uyumlu değil. Gövde boyu - Küre çapı - yüzey pürüzlülüğü ilk parça onay formunda SC olarak tanımlı olmasına rağmen ilgili kontrol planında SC olarak tanımlanmamış.

Justification for classification

Operatörler SC karakteristiklerin farkında, ilk parça onayındaki SC noktaların ne olduğu tanımlı. Dokümantasyon hatası olduğu görüldü. Müşteride ve kalite yönetim sisteminde risk yaratacak bir durum söz konusu değildir. Minör olarak sınıflandırılmıştır.

NECLA AKIN
Auditor's name

6-AUD-
C-2410-2496-8116
Auditor ID no.

05.May.2026
Audit closing meeting date

This document is valid without a
signature

To be completed by the organization

S1 Containment action, including timing and responsible person:

LJA0907871 ürününe ait ilk onay kontrol planının ilk onay formu ile uyumu gözden geçirilecek ve güncellenecek. Okan Özler 12.06.2026

S2 Evidence of implementation

LJA0907871 ürününe ait ilk onay kontrol planının ilk onay formu ile uyumu gözden geçirilip güncellenmiştir.

S3 Root cause analysis

LJA0907871 Kontrol planı 01.05.2026 incelendi. İlk parça onayı sırasında kullanılan formda belirtilen SC karakteristik noktaları ile kontrol planında belirtilen SC karakteristik noktaları birbiri ile uyumlu değil. Gövde boyu - Küre çapı - yüzey pürüzlülüğü ilk parça onay formunda SC olarak tanımlı olmasına rağmen ilgili kontrol planında SC olarak tanımlanmamış.

N1-İlk Parça Onay Formu oluşturulurken kullanılan karakteristik bilgilerinde söz konusu özellikler kontrol planından SC olarak aktarılmaktadır.

N2-İlk Parça Onay Formu oluşturma sürecinde kullanılan karakteristik bilgilerinin güncel Kontrol Planı ile uyumluluğu doğrulanmadan doküman yayımlanmıştır.

N3-Sistemden hazırlanan LJA0907871 ürününün kontrol planındaki verilerin ilk onay formuna hatalı aktarıldığı farkedilmemiştir.

N4-Çalışan farkındalığının eksik olması

Does the root cause impact other similar processes or products?

Yes

Please describe how the root cause impacts other process?

Aynı sistem üzerinden oluşturulan diğer İlk Parça Onay Formlarında da kontrol planı verilerinin hatalı aktarılması durumunda benzer özel karakteristik uyumsuzlukları oluşabilir.

S4 Root cause result

İlk onay formunda yer alan özel karakteristik bilgilerinin, onaylı Kontrol Planı ile tutarlılığının yayımlama öncesinde doğrulanmasını sağlayan proses kontrolünün yetersiz olmasından dolayı sistemsel hatanın farkedilememesi.

S5 Systemic corrective actions, including timing and responsible person

LJA0907871 ürününe ait ilk onay kontrol planının ilk onay formu ile uyumu gözden geçirilecek ve güncellenecek. Okan Özler 12.06.2026
LJA0907871 ürününe ait kontrol planındaki verilerin ilk onay formuna eksik veya hatalı akması ile ilgili dijital talep (TDD) açılacak. Okan Özler 02.07.2026
Dijital talep çözümlenene kadar; kontrol planlarının sahadaki çıktıları için (ilk onay, spc, vs.) kontrol adımı olması gerektiği sahadaki formların kontrol edilmesi gerektiğine dair iç bilgilendirme eğitimi verilecek. Okan Özler 02.07.2026
İlk onay talimatında ilk onay formu çıktıları ile kontrol planlarının uyumunun kontrol edilmesine yönelik güncelleme yapılacaktır. Fulya Yurdagül 02.07.2026

S6 Evidence of implementation

LJA0907871 ürününe ait ilk onay kontrol planının ilk onay formu ile uyumu gözden geçirilip güncellendi.
Kontrol planındaki verilerin ilk onay formuna akmaması ile ilgili TDD açıldı.
TDD çözümlene kadar; kontrol planlarının sahadaki çıktıları için (ilk onay, spc, vs.) kontrol adımı olması gerektiği sahadaki formların kontrol edilmesi gerektiğine dair iç bilgilendirme eğitimi verildi.
İlk onay talimatına ilk onay çıktıları ile kontrol planlarının uyumunun kontrol edilmesine yönelik güncelleme yapıldı.

S7 Action taken to verify effective implementation of corrective actions

İç kalite denetiminde ilk onay ve kontrol planları kontrol edilmiştir. Veriler arasında herhangi bir uygunsuzluk olmadığı tespit edilmiştir.

Submission(s)

Fulya Yurdagül

03.Jul.2026

Organizations representative

date

To be completed by the CB

Date reviewed

02.Aug.2026

Reviewer decision

Accepted

Reviewer comments

- LJA0907871 referanslı ürüne ait ilk onay kontrol planının ilk onay formu ile uyumu gözden geçirilip güncellenmiştir.
- LJA0907871 referanslı ürüne ait kontrol planındaki verilerin ilk onay formuna eksik veya hatalı akması ile ilgili dijital talep (TDD) açılmış.
- 1.7.2026 tarihli "Kontrol Planı ve İlk Onay Formu Kontrolü" konulu eğitime ait "Eğitim Katılım ve Etkinlik Değerlendirme Formu" görüldü. Kontrol planlarının sahadaki çıktıları için (ilk onay, spc, vs.) kontrol adımı olması gerektiği ve sahadaki formların kontrol edilmesi gerektiğine dair iç bilgilendirme eğitimi verilmiştir.
- 3501-MYD-TA-021 İkincil İşlem Bölümü İlk Onay Talimatı (rev. 5 / tarih:03.07.2026) olarak görüldü. İlk onay çıktıları ile kontrol planlarının uyumunun kontrol edilmesine yönelik gereklilikler tanımlanmış.
- 3.7.3036 tarihli "İç Kalite Denetim Raporu" görüldü. Veriler arasında herhangi bir uygunsuzluk olmadığı tespit edilmiştir.

Reviewer name

SELMAN BASKAN