

..... İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Aşağıda belirttiğim adreste Sahipliğini / Sorumlu Müdürlüğünü yapacağım Ismarlama Protez ve Ortez Merkezleri / İşitme Cihazı Merkezleri kuruluşuna verilecek hizmet ile ilgili Ruhsat Belgesi ve Sorumlu Müdür Belgesi alabilmem için gerekli bilgi ve belgeler ekte sunulmuştur.

Gereğini arz ederim.

..../..../201...  
Sahibinin Adı - Soyadı  
İmza

..../.../201...  
Sorumlu Müdürün Adı - Soyadı  
İmza

<b>MERKEZİN ADI:</b>	
<b>MERKEZİN TÜRÜ:</b> a) Ortez-Protez Yapım ve Uygulama Merkezi: <input type="checkbox"/> b) İşitme Cihazı Satış ve Uygulama Merkezi <input type="checkbox"/>	
<b>MERKEZİN ADRESİ:</b>	
<b>SAHİBİNİN ADI - SOYADI (ŞİRKET İSE ŞİRKETİN VE YETKİLİSİNİN ADI):</b>	
<b>TELEFON NO:</b>	
<b>E POSTA ADRESİ:</b>	
<b>SORUMLU MÜDÜRÜN ADI SOYADI:</b>	

<b>RUHSATIN DEĞİŞTİRİLME NEDENLERİ</b>	
<b>YENİ AÇILIŞ</b>	
<b>SORUMLU MÜDÜR DEĞİŞİKLİĞİ</b>	
<b>ADRES DEĞİŞİKLİĞİ</b>	
<b>İSİM DEĞİŞİKLİĞİ</b>	
<b>SAHİP DEĞİŞİKLİĞİ</b>	