

OPTİSYENLİK MÜESSESESİ RUHSATNAMESİ
MESUL MÜDÜR HARİCİ ÇALIŞACAK PERSONEL İÇİN GEREKLİ BELGELER

Müessesenin Adı:

Müessesenin Adresi:

Müessesenin Telefon No:

Tarih:

| BELGELER | | ÖSK | İLÇE SAĞ MÜD. |
|-----------------|---|------------|----------------------|
| 1 | DİLEKÇE (İLGİLİ KURULUŞTA ÇALIŞMAK İSTEDİĞİNİ VE RESMİ KURUMDA ÇALIŞMADIĞINI BELİRTİR OLMALI) | | |
| 2 | ÇALIŞACAK OPTİSYENE AİT 2 ADET FOTOĞRAF(SON 6 AYDA ÇEKİLEN-FOTOKOPİ OLMAYACAK) | | |
| 3 | OPTİSYENLİK / FENNİ GÖZLÜKÇÜ DİPLOMA FOTOKOPİSİ (MÜDÜRLÜKÇE ONAYLI ÖRNEĞİ) | | |
| 4 | OPTİSYENE AİT TC NUMARALI KİMLİK FOTOKOPİSİ | | |
| 5 | MESUL MÜDÜRÜN OPTİSYENLİK YAPABİLECEĞİNE DAİR SAĞLIK DURUM BEYANI, 65 YAŞ ÜZERİNDE OLAN MESUL MÜDÜRLER İÇİN OPTİSYENLİK YAPABİLECEĞİNE DAİR SAĞLIK RAPORU, | | |
| 6 | MÜESSESE SAHİBİ İLE MESUL MÜDÜR ARASINDA AKDEDİLMİŞ HİZMET SÖZLEŞMESİ | | |
| 7 | 26.09.2004 TARİHLİ VE 5237 SAYILI TÜRK CEZA KANUNUNUN 53 ÜNCÜ MADDESİNE GÖRE HAK YOKSUNLUĞUNUN BULUNMADIĞINA DAİR BEYANI | | |
| 8 | SKG İŞE GİRİŞ BİLDİRGESİ VEYA SGK PRİM BODROSU | | |
| 9 | 2018YILI İÇİN;ZİRAAT BANKASI KAMU GİRİŞİMCİ ŞUBESİ : TR 290001002533000010006399 YATIRILACAK HARÇ BEDELİ: 140 TL ATM DEKONTLARI VE EFT KABUL EDİLMEZ. DEKONT OLACAK | | |

NOT: Yukarıda belirtilen evraklar; Özel Sağlık Kuruluşu tarafından eksiksiz olmak durumundadır. Bu form tanzim edilirken her belgenin karşısındaki kutucuğa (ÖSK yazan bölüm) (+), (/) yada (-) işaretleri konulacaktır.

ÖSK Mesul Müdürü tarafından kontrol edilmiştir.

DÜZENLEYENİN

Adı ve Soyadı:

İmza:

Dosya İlçe Sağlık Müdürlüğümüz tarafından kontrol edilmiştir.

İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ PERSONELİ

Adı ve Soyadı:

İmza: