

KAPANIŞ TALEP DİLEKÇESİ
(Tıbbi Cihaz Satış Merkezi İçin)

Tarih: .../.../20,...

.....İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Aşağıda ticari adı, adresi ve iletişim bilgileri belirtilen tıbbi cihaz satış merkezimizin
"Kapanış" işlemlerinin başlatılması için;
Gereğini arz ederim.

Firmanın	Ticari Adı:		
	ÜTS Numarası (varsa):		
	Adresi:		
	İletişim Bilgileri:	Telefon:	E-posta:
Web Sitesi:			

Firma Sahibi
Ad/Soyad/İmza

Sorumlu Müdür
Ad/Soyad/İmza

Ek:

1. Satış Merkezine Ait Yetki Belgesi, Çalışma Belgeleri ve Kimlik Kartları (Müdürlüğümüzce Düzenlenen),

NOT:

- 1) Bu form; 15/05/2014 tarih ve 29001 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Tıbbi Cihaz Satış, Reklam ve Tanıtım Yönetmeliği" esas alınarak hazırlanmıştır.
- 2) Firma sahibi ve sorumlu müdürün aynı kişi olması durumunda dilekçede yalnızca firma sahibinin imzası bulunur.