



İSİM DEĞİŞİKLİĞİ BAŞVURU DİLEKÇESİ

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

AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlimiz.....ilçesi.....
.....adresinde
..... A.Ş LTD. ŞTİ. Şahıs sahipliğinde tarih
ve sayılı Kuruluş Ruhsatı Uygunluk Belgesi Faaliyet izin Belgesi ile faaliyet
gösteren Özel..... isim değişikliği yapılarak
Özel adı ile ruhsatımızın yenilenmesi başvurumuzun
tarafınızca değerlendirilmesi ve işlemlerin başlatılması hususunda gereğini arz ederim.

Kuruluş Yetkilisi (*)

Ad/Soyad/İmza/Kaşe

ÇALIŞMA GÜNLERİ	ÇALIŞMA SAATLERİ
Hafta İçi:	
Hafta Sonu:	

İletişim Bilgilerimiz

Adres :
Telefon/Faks No : /
E-posta :
Web :

NOT: Bu form; Tıp Merkezi, Poliklinik, Laboratuvar, Müessese, Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezi ve Evde Bakım Merkezlerinin isim değişikliği başvurusunda kullanılır.