

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMA ÜNİTESİ YETKİ BELGESİ BAŞVURU DİLEKÇESİ

...../...../20.....

AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlimiz İlçesi
.....adresinde
.....sahipliğinde faaliyet
gösteren Özel bünyesinde Dr.
..... sorumluluğunda 27/10/2014 tarihli 29158 sayılı Geleneksel ve Tamamlayıcı
Tıp Uygulamaları Yönetmeliği doğrultusunda aşağıda belirttiğim uygulamalara yönelik Ünite Yetki Belgesi
alma başvurumuzun tarafınızca değerlendirilmesi ve işlemlerin başlatılması hususunda gereğini arz ederim.

Mesul Müdür/ Hekim (*)

Ad/Soyad/İmza/Kaşe

<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/> Hipnoz	<input type="checkbox"/> Homeopati
<input type="checkbox"/> Ozon	<input type="checkbox"/> Proloterapi	<input type="checkbox"/> Osteopati
<input type="checkbox"/> Kupa Uygulama	<input type="checkbox"/> Fitoterapi	<input type="checkbox"/> Kayropraktik
<input type="checkbox"/> Mezoterapi	<input type="checkbox"/> Lavra Uygulama	<input type="checkbox"/> Refleksoloji
<input type="checkbox"/> Sülük Uygulama	<input type="checkbox"/> Proloterapi	<input type="checkbox"/> Müzikterapi

ÇALIŞMA GÜNLERİ	ÇALIŞMA SAATLERİ
Hafta İçi:	
Hafta Sonu:	

(*) Muayenehane başvurularında dilekçe hekim tarafından imzalanır.