



**HEKİM BEYAN FORMU**  
( İmza Sirküleri, Adli Sicil ve Tabip Odası Kaydı)

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik No :

İkametgâh Adresi :

Mobil Telefon No :

E-Posta Adresi :

**1- İmza Sirküleri**

**2- Adli Sicil Kaydı**

Adli sicil kaydım  Vardır /  Yoktur

**3- Tabip Odası Kaydı**

.....Tabip Odasının. .... Numaralı üyesiyim. Üyeliğim halen devam etmektedir.

Yukarıda örneği bulunan tatbiki imzamı, Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü ve çalıştığım özel sağlık kuruluşları nezdinde her türlü işlemlerde kullanacağımı, imzamın beni her bakımdan sorumlu kılacağını, yukarıda belirtilen tüm bilgilerin şahsım tarafından doldurulmuş olduğunu ve doğruluğunu beyan ederim.

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

İmza

**NOT: Yukarıda belirtilen bilgilerin eksiksiz olarak doldurulması zorunludur.**