



ÖZEL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ/POLİKLİNİĞİ KAPATMA DİLEKÇESİ

AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlimiz.....İlçesi.....
.....adresinde.....
.....Ltd.Ş
ti./AŞ. sahipliğinde faaliyet gösteren Özel
Ağız Diş Sağlığı Polikliniği'ni / Merkezi'ni kapatmak istiyoruz.
Gereğini arz ederim./...../20.....

Mesul Müdür/ Şirket Yetkilisi

Ad/Soyad/İmza/ Kaşe

EKLER: