

Ek-2

.....**VALİLİĞİNE**
(İl Sağlık Müdürlüğü)

TAAHHÜTNAME

Sağlık kuruluşumuzca evde bakım hizmeti verdiğimiz kişinin, hastanın gerekli durumlarda herhangi bir gerekçe göstermeksizin ikinci basamak sağlık kuruluşuna nakledileceğini taahhüt ederiz.

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

Mesul Müdür

Adı Soyadı

İmza

Sahipler

Adı Soyadı

İmza