



## TIBBİ LABORATUVAR RUHSAT BAŞVURU FORMU\_(Ek-1)

### AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Tıbbi laboratuvarın adı				
Tıbbi laboratuvar sahipliği				
Kurum/kuruluş bünyesinde ise kurum/kuruluşun adı				
Tıbbi laboratuvar mesul müdürünün adı soyadı				
Tıbbi laboratuvar sınıfı	<input type="checkbox"/> Kapsamlı Hizmet Laboratuvarı <input type="checkbox"/> Eğitim Hizmet Laboratuvarı			
Ruhsatlandırma çeşidi	<input type="checkbox"/> Tek uzmanlık dalında tıbbi laboratuvar ruhsatı <input type="checkbox"/> Merkezi laboratuvar ruhsatı			
Tek uzmanlık dalında tıbbi laboratuvar ise belirtiniz.	<input type="checkbox"/> Tıbbi Biyokimya <input type="checkbox"/> Tıbbi Mikrobiyoloji <input type="checkbox"/> Tıbbi Patoloji			
Merkezi laboratuvar ise dalları belirtiniz.	<input type="checkbox"/> Tıbbi Biyokimya <input type="checkbox"/> Tıbbi Mikrobiyoloji <input type="checkbox"/> Tıbbi Patoloji <input type="checkbox"/> Diğer*			
Eğitim veren kamuya ait sağlık kurum/kuruluşlar için**	<input type="checkbox"/> Aynı uzmanlık dalındaki tıbbi laboratuvarlar için tek ruhsat <input type="checkbox"/> Aynı uzmanlık dalındaki tıbbi laboratuvarlar için ayrı ayrı ruhsat			
Gözetimli Hizmet Laboratuvarı var ise adresini belirtiniz.				
Tıbbi Laboratuvar Birim Sorumlularının Adı ve Soyadı	T.C. Kimlik Numarası	Uzmanlık Dalı	Çalışma Şekli ***	Çalıştığı Diğer Kurum/Kuruluş Adı
<p>* Bu Yönetmelikte tanımlanan merkezi laboratuvar içerisinde, ilgili mevzuatta öngörülen şartları sağlamak kaydıyla ilgili mevzuat çerçevesinde laboratuvar açma yetkisi bulunan diğer laboratuvarlar mevcut ise belirtiniz.</p> <p>** Eğitim veren kamuya ait sağlık kurum/kuruluşlarının adresi içindeki yeri/konumu farklı olan, aynı uzmanlık dalında birden fazla tıbbi laboratuvar bulunması durumunda, kurumun tercihinine bağlı olarak aynı uzmanlık dalındaki tıbbi laboratuvarlar için tek/ayrı ayrı ruhsat düzenlenebilir.</p> <p>*** Çalışma şeklinin tam zamanlı veya yarı zamanlı olduğunu belirtiniz.</p> <p>Yukarıda adı ve adresi belirtilen kurum/kuruluş tıbbi laboratuvarının, ruhsatlandırma işlemlerinin başlatılması için, Gereğini arz ederim. ..../..../20....</p> <p style="text-align: center;">Mesul Müdür Adı-Soyadı İmza</p>				