



TIBBİ LABORATUVARIN MEVZUATA UYGUNLUK BEYANI_(EK-3)

AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İl	
Kurum/kuruluş adı	
Tıbbi laboratuvar sahipliği	
Tıbbi laboratuvar adı	
Adres	
Tıbbi laboratuvar dalı	

İl Yukarıda bilgileri verilen tıbbi laboratuvar/laboratuvarların, Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinde belirtilen şartlara uygun olduğunu beyan ediyorum.

...../...../20
Ad/Soyad/İmza/Kaşe