



BAŞVURU DİLEKÇESİ

AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Kuruluşun/Laboratuvarın/Müessesenin	
Adı	
Adresi	
Sahibi	
Açılacak Laboratuvarın/ müessesenin türü	
Laboratuvar/Müessese Sorumlusu Uzmanın	
Adı	
Uzmanlık dalı	
Fakülte diploma no	
Uzmanlık no	
TC kimlik numarası	
Çalışma şekli kısmi zamanlı/ kadrolu	
Kısmi zamanlı çalışacaksa kadrolu çalıştığı kuruluşun adı/adresi	
<p>3153/992 sayılı Kanun ve bu Kanun'a istinaden çıkarılan Nizamname/Yönetmelik kapsamında yukarıda adı ve adresi belirtilen kuruluşun bünyesinde bulunan laboratuvarın/müessesenin sorumluluğunu yürütmek istiyorum.</p> <p>Ruhsatlandırma işlemlerinin başlatılması için gereğini arz ederim.</p> <p>.../.../20...</p> <p>İlgili Branş Uzmanı Adı-Soyadı imza</p>	
Kuruluşta kısmi zamanlı olarak çalıştırmak istiyorum.*	Mesul Müdürün adı-soyadı .../.../20... İmza-Kaşe
Kısmi zamanlı çalışma saatleri	
Yukarıda adı ve adresi belirtilen kuruluşta kısmi zamanlı çalışmasına izin veriyorum.**	Mesul Müdürün adı-soyadı .../.../20... İmza-Kaşe
Kadrolu çalışma saatleri	
Doktor bilgi bankası kaydı kontrolü yapılmıştır/yapılmamıştır	

*Kısmi zamanlı çalışılacak kuruluşun mesul müdürü tarafından imzalanacaktır.

**Kadrolu çalışılan kuruluşun mesul müdürü tarafından imzalanacaktır.