



TAAHHÜTNAME

AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlimiz adresinde,
adı altında faaliyet gösteren kuruluşumuz bünyesinde bulunan.....
laboratuvarımızın/ünitemizin bulunduğu fiziki mekânda, laboratuvarın sahipliğinde kuruluşumuzun
adında ve laboratuvarda kullanılan cihazlarda (ruhsatlandırmaya esas şartlarda) hiçbir değişiklik
olmamıştır. Yukarıda beyan ettiğimiz şartlarda değişiklik olduğunun tespit edilmesi halinde ortaya
çıkacak her türlü hukuki sorumluluğun şahsımıza ve şirketimize ait olduğunu kabul ve beyan ederiz.

Şirket Yönetim Kurulu Üyelerinin(*)
Adları ve Soyadları/İmzaları

(*) Şirket Yönetim Kurulu üyelerinin üyeliklerini de belgeleyen noter onaylı imza sirküleri