



ÖZEL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI ÖN İZİN BAŞVURU DİLEKÇESİ

AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlimiz..... İlçesi.....
..... adresinde , Özel
.....Ağız ve Diş Sağlığı açmak istiyorum. Ön izin
belgesi düzenlenmesi hususunda;
Gereğini arz ederim. / . . . /20...

Ticari ünvanı :
Diş Ünit Sayısı:
Genel Anestezi Müdahale Ünitesi (varsa):
Gözlem Yatağı Sayısı (varsa):
Diş Protez Laboratuvarı (varsa)
Dental Radyoloji Ünitesi veya Birimi (varsa):

Kurum Yetkilisi/Mesul Müdür
Ad/Soyad/İmza/Kaşe

İletişim Bilgilerimiz;

Telefon-Fax :

Eposta :

Web :