



## FAALİYET İZİN BELGESİ BAŞVURU DİLEKÇESİ

### AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlimiz.....İlçesi.....  
..... adresinde.....  
tarih ve ..... sayılı ruhsat düzenlenen Özel ..... Ağız ve Diş  
Sağlığı ..... çalışma günleri ..... ve saatleri ... : ....  
- .... : .... olan sağlık kuruluşumuzun faaliyet izin belgesinin düzenlenmesi hususunda;  
Gereğini arz ederim. .... / ..... /20...

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

İletişim Bilgilerimiz;

Telefon-Fax :

Eposta :

Web :