



AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
ÖZEL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ/HASTANESİ KAPATMA DİLEKÇESİ

İlimiz.....İlçesi.....
.....adresinde.....
.....Ltd.Ş
ti./AŞ. sahipliğinde faaliyet gösteren Özel
Ağız Diş Sağlığı Merkezi'ni / Hastanesini kapatmak istiyoruz.
Gereğini arz ederim./...../20.....

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

EKLER: