

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**SAĞLIK MESLEKLERİ VE ÖZEL TEŞHİS VE TEDAVİ MERKEZLERİ ŞUBE
MÜDÜRLÜĞÜNE**

Aşağıda ve ekte yer alan bilgi ve belgeler doğrultusunda gerekli incelemelerin yapılarak adıma Muayenehane Uygunluk Belgesi düzenlenmesi hususunda;
Gereğini arz ederim.

.../.../...
Adı Soyadı:
İmza:

Hekimin Adı Soyadı	
Hekimin Branşı	
Diploma No ve Tarihi	
T.C. Kimlik No	
Uzmanlık No	
Çalıştığı Özel /Resmi Kurum	
Muayenehane Adresi	
Muayenehane Tel ve Fax No	
E-mail Adresi	
Muayenehanede çalışacağı saatler (hafta içi ve hafta sonu belirtilecek)	

Eki: 1 Adet Dosya