

T.C.
TEKİRDAĞ 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