

TAAHHÜTNAME
(İşitme Testi Yapılmayacağına Dair)

Tarih:/...../20....

.....İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlimiz,
adresinde..... sahipliğinde ve
..... sorumlu müdürlüğünde
..... tabela unvanı ile faaliyet gösteren İşitme Cihazı Merkezi'nde
24/09/2011 tarih ve 28064 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe giren Ismarlama Protez
ve Ortez Merkezleri ile İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik hükümleri doğrultusunda
“işitme testi yapılmayacağını” taahhüt ederiz.

Taahhüt Nedeni:

- ☐ Sorumlu Müdürün Sertifikalı Olması
☐ Merkezde Odyometri Cihazı Bulunmaması

Merkez Sahibi
Ad/Soyad/İmza

Sorumlu Müdür
Ad/Soyad/İmza

NOT:

- 1) Bu form; 24/09/2011 tarih ve 28064 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren “[İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri İle İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik](#)” esas alınarak hazırlanmıştır.
2) Merkez sahibi ve sorumlu müdürün aynı kişi olması durumunda dilekçede yalnızca merkez sahibinin imzası bulunur.