

KAPANIŞ DİLEKÇESİ
(İsmarlama Protez Ve Ortez Merkezi İçin)

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

.....İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlimiz, adresinde
..... sahipliğinde tabela
unvanlı İsmarlama Protez ve Ortez Merkezi'ni 24/09/2011 tarih ve 28064 sayılı Resmi Gazete' de
yayımlanarak yürürlüğe giren İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri İle İşitme Cihazı Merkezleri
Hakkında Yönetmelik'in 23. maddesi 1. fıkrası (b) bendi doğrultusunda/...../20.... tarihinde
kapatacağımızı, başvuru tarihinden itibaren en az 15 iş günü faaliyete devam edileceği ve bu süre
zarfında kapanma süreci hakkında merkezimizin girişinde ve muhtelif yerlerine bilgilendirme ilanı
asılacağı ve yine bu süre içerisinde mevcut hasta siparişleri, hastalara ait reçete ve raporların eksiksiz
olarak sonuçlandırılacağı ve hizmeti sonuçlandırılmayacak yeni hasta kabul etmeyeceğimizi,
adımıza düzenlenmiş olan Merkez ruhsatının aslı, Sorumlu Müdür ve Kimlik Kartı ile diğer
personele ait belge asılları ekte sunulmuştur.

Gereğini arz ederim.

Merkezin	Ticari Adı:		
	ÜTS Numarası (varsa):		
	Adresi:		
	İletişim Bilgileri:	Telefon: Web Sitesi:	E-posta:

Merkez Sahibi
Ad/Soyad/İmza

EK:

1) Ruhsatname, Sorumlu Müdür ve Kimlik Kartı varsa diğer personele ait Personel Çalışma Belgesi
Aslı
(Müdürlüğümüzce en son düzenlenmiş olan)

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.