

İŞİTME CİHAZI MERKEZLERİ
UNVAN DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

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

.....İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Aşağıda eski ticari adı, adresi ve iletişim bilgileri belirtilen işitme cihazları satış ve uygulama merkezimizin adı olarak değişmiştir. Merkezimizin “Unvan Değişikliği” nedeniyle Merkez Ruhsatı ile Sorumlu Müdür Belgesinin yeniden düzenlenmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Firmanın	Eski Ticari Adı:		
	ÜTS Numarası (varsa):		
	Yeni Ticari Adı:		
	İletişim Bilgileri:	Telefon:	E-posta:
		Web Sitesi:	

Firma Sahibi
Ad/Soyad/İmza

Sorumlu Müdür
Ad/Soyad/İmza

Ek:

- 1/100 Ölçekli Kroki (İlgili Odaya kayıtlı İnşaat Mühendisi yada Mimar tarafından hazırlanmış, Onaylı),
- Yangına Karşı Gerekli Tedbirlerin Alındığına Dair Yetkili Mercilerden Alınan Belge,
- Ticaret Sicili Gazetesi Aslı/Fotokopisi (Sahibi Tüzel Kişilikise),
- Vesikalık 2 adet fotoğraf (Personele ait son 6 ayda çekilmiş),
- Ücret Dekontu-Aslı (Bankadan yatırılmış Dekont, **Havale veya EFT kabul edilmeyecektir**),
- İşitme Merkezi Ruhsatı (Müdürlüğümüzce Düzenlenen),
- Sorumlu Müdür Belgesi ve Kimlik Kartı (Müdürlüğümüzce Düzenlenen),
- Personel Çalışma Belgesi (Müdürlüğümüzce Düzenlenen),

NOT:

- 1) Bu form; 24/09/2011 tarih ve 28064 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “[İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri İşletme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik](#)” esas alınarak hazırlanmıştır.