

KAPANIŞ DİLEKÇESİ
(İşitme Cihazı Merkezi İçin)

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

.....İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlimiz, adresinde
..... sahipliğimiz tabela unvanlı
İşitme Cihazı 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:	E-posta:
		Web Sitesi:	

Merkez Sahibi
Ad/Soyad/İmza

Ek:

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

NOT: 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.