

____/____/20____

**ANTALYA DIŐ HEKİMLERİ ODASI
YÖNETİM KURULU BAŐKANLIĐI'NA,**

AŐađıda verilen adreste Ağız ve DiŐ Sağlığı Polikliniđi/Merkezi aıtım. Geređini saygılarımla arz ederim.

**Adı Soyadı
(Mesul M¼d¼r)**

İmza

Poliklinik/Merkez Adı: _____

Poliklinik/Merkez Adresi: _____

Tel: _____

ÇalıŐan DiŐ Hekimleri:

1 –

2 –

3 –

4 –

Ortak DiŐ Hekimleri

1 –

2 –

3 –

4 –

***** NOT: ÇalıŐan diŐ hekimlerinin Sigorta GiriŐ Bildirgeleri ile ortaklar ile ilgili Ticaret Sicil Gazetesi fotokopisi dilekçe ekinde bulunmalıdır.**