

\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**ANTALYA DIŞ HEKİMLERİ ODASI  
YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI'NA,**

Aşağıda verilen adreste Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği/Merkezi ismimiz değişmiştir. Gereğini saygılarımla arz ederim.

**Adı Soyadı  
(Mesul Müdür)**

**İmza**

**Poliklinik/Merkez Adı:** \_\_\_\_\_

**Poliklinik/Merkez Adresi:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tel:** \_\_\_\_\_

**Çalışan Diş Hekimleri:**

1 –

2 –

3 –

4 –

**Ortak Diş Hekimleri**

1 –

2 –

3 –

4 –

**\*\*\* NOT: Çalışan diş hekimlerinin Sigorta Giriş Bildirgeleri ile ortaklar ile ilgili Ticaret Sicil Gazetesi fotokopisi dilekçe ekinde bulunmalıdır.**