

..... İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

.....adresinde faaliyet göstermekte olan özel ağız ve diş sağlığı muayenehanemde tıbbi donanım ve personel standartları açısından eksiklik bulunmadığından 06.10.2022 tarih ve sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin Geçici Madde 1 ikinci fıkrası kapsamında ruhsatnamemin güncellenmesi ve tarafıma faaliyet izin belgesi düzenlenmesi hususunu;

Arz ederim.

İmza

Çalışma Gün ve Saatleri:

Dental Radyoloji Birimi/Ünitesi:

EKLER:

- 1- Ruhsatname aslı
- 2- 2 Adet vesikalık fotoğraf

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

..... adresinde faaliyet göstermekte olan Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği tıbbi donanım ve personel standartları açısından eksiklik bulunmadığından 06.10.2022 tarih ve sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin Geçici Madde 1 ikinci fıkrası kapsamında ruhsatnamemizin güncellenmesi ve tarafımıza faaliyet izin belgesi düzenlenmesi hususunu;

Arz ederim.

Mesul Müdür

İmza

Çalışma Gün ve Saatleri:

Dental Radyoloji Birimi/Ünitesi:

EKLER:

1- Ruhsatname aslı