**T.C.**

**SAĞLIK BAKANLIĞI**

**NÖROMUSKÜLER HASTALIKLAR MERKEZİ FAALİYET İZNİ**

|  |  |
| --- | --- |
| Faaliyet İzin BelgesininTarihi:Sayısı:  |  |
| Merkezin AçıldığıKurumun Adı:Adresi:  |  |
| MerkezinAdı:Adresi:  |                                                                 |
| Merkezden Sorumlu Uzmanın Adı-Soyadı |  |
| Adresi |  |
| Merkezin Yataklı Tedavi Kurumundaki Konumu | Hastane Bünyesinde  | Ayrı Adreste  |

Yukarıda adı ve adresi belirtilen merkezin faaliyet göstermesi uygun görülmüştür**.**

.../.../...

Onaylayanın

Adı-Soyadı

İmza