**T.C.**

**SAĞLIK BAKANLIĞI**

**NÖROMUSKÜLER HASTALIKLAR MERKEZİ FAALİYET İZNİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Faaliyet İzin Belgesinin  Tarihi:  Sayısı: |  | |
| Merkezin Açıldığı  Kurumun Adı:  Adresi: |  | |
| Merkezin  Adı:  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