**ÖNİZİN BAŞVURU DİLEKÇESİ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE)

|  |  |
| --- | --- |
| Kurum/kuruluşun adı: |  |
| Merkez Sorumlu Uzmanı Adı-Soyadı |  |
| Merkezde Çalışacak Personel |  |
| Adresi: |  |
| Yukarıda adı ve bilgileri belirtilen kurum/kuruluşta nöromusküler hastalıklar merkezi olarak hizmet vermek istiyorum. İzin işlemlerinin başlatılması için gereğini arz ederim...../..../....Adı-Soyadıimza |

 |