**ANTALYA**

**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**ECZACILIK VE TIBBİ CİHAZ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ**

OPTİK MÜESSESİNİN

ADI:

TELEFON NUMARASI:

ADRESİ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OPTİSYENLİK MÜESSESESİ DEVRİ HALİNDE  GEREKLİ BELGELER | | Dosyayı Hazırlayan | Kontrol Eden |
| 1 | Devir başvuru dilekçesi |  |  |
| 2 | Mesul Müdüre ait son 6 ayda çekilmiş 2 adet fotoğraf,, |  |  |
| 3 | Eski Ruhsat |  |  |
| 4 | Sahipliği ve Mesul Müdür arasında yapılan hizmet sözleşmesi, |  |  |
| 5 | Noterden devir sözleşmesi, |  |  |
| 6 | Merkez sahibi kimlik fotokopisi \*Müessese şirket ise ticaret ünvanına, kayıtlı olunan ticaret sicil memurluğunun adı ve ticaret sicil numarası beyanı. (Şirket ana sözleşmesi Ticaret Sicil Gazetesinde 01.10.2003 tarihinden önce yayınlaşmışsa, Türkiye Ticaret Sicil Gazetesinin aslı ya da kurumca onaylı örneği), bağlı bulunulan vergi dairesi adı ve vergi kimlik numarası beyanı, imza sirkülerinin müdürlükçe onaylı örneği |  |  |
| 7 | Optisyenlik Müessesesi Ruhsatname Bedeli Dekontu Defterdarlık Muhasebe Müdürlüğüne (**2019 Yılı Optisyenlik Müessesesi Devir Ruhsatnamesi: 173,00 TL**) |  |  |
| 8 | Vergi Levhası, |  |  |
| UYGUNDUR | | …/…/201.  ………. | …/…/201.  ………. |