**ANTALYA**

**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**ECZACILIK VE TIBBİ CİHAZ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ**

OPTİK MÜESSESİNİN

ADI:

TELEFON NUMARASI:

ADRESİ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OPTİSYENLİK MÜESSESESİ NAKLİ HALİNDE GEREKLİ BELGELER | Dosyayı Hazırlayan | Kontrol Eden |
| 1 | Bağlı olduğu il/ilçe Sağlık Kuruluşu tarafından hazırlanan denetim tutanak formu, |  |  |
| 2 | Müessesenin sahibi ya da mesul müdürü tarafından müessese olarak kullanılmak istenilen yerin adresinin belirtildiği bir nakil talep dilekçesi, |  |  |
| 3 | Müessesenin iç mekanını gösterir 1/100 ölçekli kroki ya da plan(İlçe Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmış) |  |  |
| 4 | Mesul Müdüre ait son 6 ayda çekilmiş fotoğraf |  |  |
| 5 |  Yangına karşı gerekli tedbirlerin alındığına dair ilgili mevzuata göre yetkili olan merciden alınan belge, |  |  |
| 6 | Eski ruhsat, |  |  |
| 7 |  Optisyenlik Müessesesi Ruhsatname Bedeli Dekontu (**2019 Yılı Optisyenlik Müessesesi Nakil Ruhsatnamesi: 173,00 TL**) Ücretler Antalya Defterdarlığı Muhasebe Müdürlüğüne yatırılacaktır. (Defterdarlık Hizmet Binası Kazım Karabekir Cad. Defterdarlık Bulvarı Soğuksu Muratpaşa / ANTALYA) |  |  |
|  UYGUNDUR  | …/…/201.………. | …/…/201.………. |
|  |  |  |