**ANTALYA**

**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**ECZACILIK VE TIBBİ CİHAZ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ**

OPTİK MÜESSESİNİN

ADI:

TELEFON NUMARASI:

ADRESİ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ISMARLAMA PROTEZ VE ORTEZ MERKEZİNAKLİ HALİNDE  GEREKLİ BELGELER | | Dosyayı Hazırlayan | Kontrol Eden |
| 1 | Bağlı olduğu il/ilçe Sağlık Kuruluşu tarafından hazırlanan denetim tutanak formu, |  |  |
| 2 | Merkezin sahibi ya da sorumlu müdürü tarafından merkez olarak kullanılmak istenilen yerin adresinin belirtildiği bir nakil talep dilekçesi, |  |  |
| 3 | Merkezin 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 | Ismarlama Protez ve Ortez Merkezi Ruhsatı Yenileme Bedeli Dekontu  **(2019 Yılı Protez ve Ortez Merkezi Ruhsatnamesi: 173,00 TL, Sorumlu Müdür Belgesi 97,00 TL)** Ücretler Antalya Defterdarlığı Muhasebe Müdürlüğüne yatırılacaktır. (Defterdarlık Hizmet Binası Kazım Karabekir Cad. Defterdarlık Bulvarı Soğuksu Muratpaşa / ANTALYA) |  |  |
| UYGUNDUR | | …/…/201.  ………. | …/…/201.  ………. |

**\*Müessesenin NAKLİ halinde eski ruhsat numarası geçerlidir. Ruhsat numarasının yanına NAKİL yazılarak yenilenen tarih yazılır.**