

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

.....İli..... İlçesi..... Mah..... Cad..... Sokağı..... numaralı
mahalde bulunan..... adındaki Eczane/Depomu İli..... İlçesi
..... Mah..... Cad..... Sokağı..... numaralı
adrese..... Eczane/Depo'su adı altında nakletmek istiyorum.

Gerekli işlemin yapılmasını arz ederim.

Eczane/Depo Açanın İkametgah Adresi

Eczane/Depo Açanın Adı-Soyadı ve İmzası

.....
.....

.....
.....

BEYANNAME

Eczacının Diplomadaki Adı ve Soyadı.....
Diploma tarihi,Diploma No ve Okulu.....
Eczacının başka bir yerde resmi veya hususi
görevinin olup olmadığını açıklanması, var ise
ayrıldığına dair resmi belgelerin gönderilmesi.....
Eczacı, daha evvel eczane açmış veya mes'ul müdürlük yapmış ise eczanenin adı, ili ve ilçesinin
bildirilmesi.....
Eczane/Depo'ya verilen ad.....
Askerliğini yapmış ise terhis tarihi.....
Eczacının, bağlı bulunduğu,Bölge Eczacı Odası kayıt tarihi ve Nosu.

NOT: Açmak isteğim Eczane, kendime ait olup,herhangi bir ortaklığım söz konusu olmadığını ve
Eczane açıldıktan sonra böyle bir durumun tesbiti halinde ise Eczanenin derhal kapatılarak
ruhsatnamenin iptal edilmesini kabul ve beyan ederim.

Eczacının Adı-Soyadı ve İmzası

.....

NÜFUS HÜVİYET CÜZDANI

T.C.Kimlik No :
Adı :
Soyadı :
Baba Adı :
Ana Adı :
Doğum Yeri :
Doğum tarihi :
Dini :
Medeni Hali :

NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU YERİN

İli :
İlçesi :
Mahalle-Köy :
Cilt No :
Aile Sıra No :
Sıra No :
Verildiği Yer :
Veriliş Nedeni :
Veriliş Tarihi :
Kayıt No :

NOT:Nüfus Memurluğu veya Mahalle Muhtarlığı tarafından resmi mühürle tastiki tarihi,
onaylayanın adı, soyadı ve ünvanının bildirilmesi ve imzası gerekmektedir.