

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

..... İli İlçesi Mah. Cad. Sok.
..... numaralı mahalde bulunan Eczanesini
..... adı altında devir almak istiyorum.

Gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim.

Eczacının İkametgah Adresi

**Devir Eden Eczacının
Adı Soyadı/İmzası**

**Devir alan Eczacının
Adı Soyadı/İmzası**

BEYANNAME

- Eczacının Diplomadaki Adı ve Soyadı :
- Diploma tarihi, Diploma No ve Okulu :
- Eczacının başka bir yerde resmi veya hususi görevinin olup olmadığının açıklanması, var ise ayrıldığına dair resmi belgelerin gönderilmesi :
- Eczacı, daha evvel eczane açmış veya mesul 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 No' su :

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

Eczacının Adı-Soyadı 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.