

.....İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

.....adresinde faaliyet gösteren
..... Hastanesi'nde(Kadrolu/Kadro Dışı
Geçici)..... uzmanı olarak görev yapmak istiyorum. Kimlik ve eğitim bilgilerim aşağıdaki
gibidir. Gereğini arz ederim.

Ad-Soyad
İmza

T.C. KİMLİK NO	
YABANCI HEKİM KİMLİK NO	
ADI SOYADI	

EĞİTİM BİLGİLERİ

Eğitim Durumu	
Mezun Olduğu Okul	
Bölümü	
Mezuniyet Yılı	
Diploma Tescil No/ Tarihi	
Uzmanlık Tescil No/ Tarihi	
Denklik Tescil No/ Tarihi	
Uzmanlık/ Denklik Tescil No/ Tarihi	

Kadrolu Çalıştığı Kurum	
Çalışma Günleri	
Çalışma Saatleri	
Nöbet Tutacak/ Tutmayacak	

Kısmi Zamanlı Çalışılan Kurum	
Çalışma Günleri	
Çalışma Saatleri	
Nöbet Tutacak/ Tutmayacak	

Kısmi Zamanlı Çalışılan Kurum	
Çalışma Günleri	
Çalışma Saatleri	
Nöbet Tutacak/ Tutmayacak	

SGK SÖZLEŞMEMİZ Mesul Müdür İmza /Kaşe ve Hastane Mühürü

SGK SÖZLEŞMEMİZ Mesul Müdür İmza /Kaşe ve Hastane Mühürü

SGK SÖZLEŞMEMİZ Mesul Müdür İmza /Kaşe ve Hastane Mühürü

Not: SGK sözleşmesi olup olmadığı yazı ile (vardır, yoktur) belirtilecek

SÖZLEŞME EKİ

Bu sözleşme ekiHastanesi ile Uzm. Dr./
Dr arasındatarhinde imzalanan
iş sözleşmesine ek sözleşmedir.

Çalışma Şekli	Kadrolu / Kadro Dışı Geçici
Çalışma Günleri	Hafta içi Her gün / Hafta Sonu
Çalışma Saatleri
Nöbet tutacak / tutmayacak
İmza Uzm. Dr. / Dr.	İmza Mesul Müdür

NOT: YUKARIDAKİ BİLGİLERİN EKSİKSİZ DOLDURULMASI GEREKMEKTEDİR.

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Aşağıda örneği bulunan tatbik imzam olup, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve çalıştığım sağlık kuruluşları nezdinde her türlü işlemlerde kullanacağımı ve bu imzanın beni her bakımdan sorumlu kılacağını, temsil ve ilzam edeceğini beyan ederim. /...../.....

İstanbul Tabip Odasının numaralı üyesiyim. Üyeliğim halen devam etmektedir.

Adı Soyadı:

İkametgah Adresi:

Cep Telefonu:

E- Mail Adresi:

ÜÇLÜ İMZA BEYANI VE TABİP ODASI NO BELGESİ

NOT: YUKARIDAKİ BİLGİLERİN EKSİKSİZ DOLDURULMASI GEREKMEKTEDİR.