**Ek : 1**

**T.C**

**. . . . . . . . . . .      VALİLİĞE**

**. . . . . . . . . . . . . . .  İl Sağlık Müdürlüğüne**

                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         Tarih : . . / . . / . . . . .

                Aşağıda belirtilen adreste ………………………….….Diş Protez Laboratuvarıaçmak istiyorum.

                Gereğini arz ederim.

Adı ve Soyadı

Mesul Müdür

(Çok Amaçlı Diş Protez Laboratuvarı ise, bünyesinde bulundurulacak laboratuvar türlerini lütfen kutu içini işaretleyerek belirtiniz.)

□        Metal Döküm Diş Protez Laboratuvarı

□        Hareketli Diş Protez Laboratuvarı

□        Sabit Diş Protez Laboratuvarı

□        Ortodontik Amaçlı Diş Protez Laboratuvarı

ADRES:

EKLER   :