

## İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

.....İli.....İlçesi.....Mah.....Cad.....Sok..... numaralı  
mahalde .....adı altında Eczane/Depo açmak istiyorum.

Gerekli işlemlerin 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 olmadığının 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 ortaklığın 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 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,  
onaylıyanın adı, soyadı ve ünvanının bildirilmesi ve imzası gerekmektedir.