…………. İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ’NE

……………………….

İlçe Sağlık Müdürlüğünüz bölgesinde ………………………….. Aile Sağlığı Merkezi ……………… Nolu Aile Hekimliği Biriminde Aile Hekimi/Aile Sağlığı Çalışanı olarak görev yapmaktayım.

Aile Hekimi / Aile Sağlığı Çalışanı Hizmet Sözleşmemin, Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğin 15.Maddesi gereği **2 (iki) aylık süreyi doldurmadan** (usulsüz olarak) tebliğ tarihinden geçerli fesih edilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Tarih :

Adı Soyadı:

Unvanı :

Sicil No :

İmza :

Tel İş:

Tel Cep:

…………. İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ’NE

……………………….

İlçe Sağlık Müdürlüğünüz bölgesinde ………………………….. Aile Sağlığı Merkezi ……………… Nolu Aile Hekimliği Biriminde Aile Hekimi/Aile Sağlığı Çalışanı olarak görev yapmaktayım.

Aile Hekimi / Aile Sağlığı Çalışanı Hizmet Sözleşmemin, Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğin 15.Maddesi gereği **2 (iki) aylık süreyi doldurarak (usulune uygun olarak)** ………………...tarihinden geçerli fesih edilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Tarih :

Adı Soyadı:

Unvanı :

Sicil No :

İmza :

Tel İş:

Tel Cep: