|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| http://www.sbu.edu.tr/images/logo.png | **SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE DİŞ HEKİMLİĞİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**  **BİLGİ İSTEME FORMU** | | | | | | | | |
| **DOK. KODU** | **HD. FR.07** | **YAY. TRH.** | **18.03.2020** | **REV. TRH.** | **00** | **REV. NO.** | **00** | **SAYFA NO.** | **1** / **2** |

Sayın : ……

…/…/ 20….tarihinde birimimize ………………………………….. tarafından yapılan müracaatta şahsınızla ilgili olarak aşağıda tarihi ve içeriği belirtilen konularda başvuru yapılmıştır.

Konuya ilişkin açıklamalarınızın …/…/ 20……tarihine kadar birimimize ulaştırmanızı “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi” hükümleri gereğince rica ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| İmza | İmza | |
| ………………………………. | ……………………………… | |
| Hasta Hakları Birimi | Başhekim/Merkez Müdürü | |
| **TARİH: …. / …. / 20….**  **BAŞVURUNUN İÇERİĞİ:**  **Ekte yer almıştır.** | | |
| **TARİH:**  **ÇALIŞANIN :**  **Adı ve Soyadı:**  **Unvanı :**  **İmza :** | | |

**Not**: Eğer yer kalmaz ise arka sayfaya devam edilebilir. İlgili sayfanın da çalışan tarafından imzalanması gerekmektedir.