|  |  |
| --- | --- |
| 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.