

**NUMARATAJ DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU**  
**(Optisyenlik Müessesesi İçin)**

Tarih: .../.../20....

.....İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Aşağıda unvanı, adresi, iletişim bilgileri ve müessese yetkililerine ait T.C. kimlik numaraları belirtilen Optisyenlik Müessesemizin “**Numarataj Değişikliği**” işlemlerinin başlatılması hususunda; Gereğini arz ederim.

Optisyenlik Müessesesinin	Unvanı:	
	Sahibi T.C. Kimlik No:	
	Mesul Müdür T.C. Kimlik No:	
	<b>Eski Adresi:</b>	
	<b>Yeni Adresi:</b>	
	İletişim Bilgileri:	Telefon:

Müessese Sahibi  
Ad/Soyad/İmza

Mesul Müdür  
Ad/Soyad/İmza

**Ek:**

1. Belediyeden Alınan Adres Tespit Formu,
2. Eski Ruhsatname (varsa Mesul Müdür ve Diğer Personel ait Çalışma belgesi),
3. Kimlik Kartı (Mesul Müdür ve varsa Diğer personele ait),
4. Vesikalık 2 adet fotoğraf (Mesul Müdür ve varsa Diğer Personele ait son 6 ayda çekilmiş).

**NOT:**

1) Bu form; [5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun](#) ve 18/01/2014 tarih ve 28886 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “[Optisyenlik Müesseseleri Hakkında Yönetmelik](#)” esas alınarak hazırlanmıştır.

2) Müessese sahibi ve mesul müdürün aynı kişi olması durumunda dilekçede yalnızca müessese sahibinin imzası bulunur.