

**TABELA UNVAN DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU**  
**(Optisyenlik Müessesesi İçin)**

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

..... **İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

Aşağıda eski-yeni unvanı, adresi, iletişim bilgileri ve müessese yetkililerine ait T.C. kimlik numaraları, belirtilen Optisyenlik Müessesemizin unvanı .....  
..... olarak değişmiştir. Merkezimizin “Unvan Değişikliği” işlemlerinin başlatılması ve yetkilendirilmesi hususunda;  
Gereğini arz ederim.

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

Müessese Sahibi  
Ad/Soyad/İmza

Mesul Müdür  
Ad/Soyad/İmza/Kaşe

**Ek:**

1. Eski Ruhsatname (varsa Mesul Müdür ve Diğer Personel ait Çalışma belgesi),
2. Kimlik Kartı (Mesul Müdür ve varsa Diğer personele ait),
3. Vesikalık 2 adet fotoğraf (Mesul Müdür ve varsa Diğer Personele ait son 6 ayda çekilmiş),
4. Tabela fotoğrafı.
5. Ücret Dekontu-Ashı (Bankadan yatırılmış Dekont, **Havale veya EFT kabul edilmeyecektir**)

**NOT:**

- 1) Bu form; [5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun](#) ve 18/01/2014 tarih ve 28886 sayılı Resmi 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.**

Belge Do rulama Kodu: a4ca96ce-84c5-493c-8012-2eeae04408df Belge Do rulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**