………….İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ÖZEL İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

**(ECZACILIK BİRİMİ)**

…………………………………………………………………………………………...……. adresinde faaliyet gösteren …………………………………………………………. isimli sağlık kuruluşuna/muayenehaneye GLN numarası almak istiyorum. GLN numarası ile yetkilendirilen Mesul Müdür/Yetkili Hekim bilgileri aşağıda belirtilmiştir.

 Gereğini arz ederim.

 İsim/imza

Adı Soyadı :………………………………………….

T.C Kimlik No :………………………………………….

Vergi Dairesi Adı :………………………………………….

Vergi No :………………………………………….

e-mail :………………………………………….

Telefon :………………………………………….

(**Sağlık Kuruluşu/Muayenehaneye ait ruhsat/uygunluk belgesi aslı yada aslı gibidir onaylı örneği ile başvuru yapılması gerekmektedir.)**