ENGELLİ SAĞLIK KURULU RAPORU BİLGİLENDİRME FORMU

Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Beşhekimliği' ne

Engelli Raporundan/ Engelli Rapor Yenileme işleminden öncelikli olarak faydalandığımdan, konuya ilişkin gerekli bilgilendirme tarafıma yapılmış olup, ücret konusunda herhangi bir geri iade talebim yoktur.

Tarih : ___/___/_____
Adı Soyadı :
İmza :

HD.FR.23/Rev01/05.10.2026

ENGELLİ SAĞLIK KURULU RAPORU BİLGİLENDİRME FORMU

Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Beşhekimliği' ne

Engelli Raporundan/ Engelli Rapor Yenileme işleminden öncelikli olarak faydalandığımdan, konuya ilişkin gerekli bilgilendirme tarafıma yapılmış olup, ücret konusunda herhangi bir geri iade talebim yoktur.

Tarih : ___/___/_____
Adı Soyadı :
İmza :

HD.FR.23/Rev01/05.10.2026