

MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Birimi ve Çevre Sağlığı Birimi tarafından verilecek olan “**Lejyoner Hastalığı Kontrol Programı Eğitimi**” ne aşağıda kimlik bilgileri yazılı kişi/kişiler katılacak olup, eğitim ücreti tarafımızca bankaya yatırılmıştır.

Gereğini arz ederim.

..... / / 2025

Hizmet Alan İşletmenin Adı :

Hizmet Alan İşletmenin Açık Adresi :

Hizmet Alan İşletmenin İletişim Tel. :

Hizmet Alan İşletmenin Vergi Dairesi :

Tesis Yönetici / Sahibi

Adı ve Soyadı :

İmzası :

Tarih :

EĞİTİME KATILACAK KİŞİ BİLGİLERİ

Sıra No:	Adı ve Soyadı :	T.C. Kimlik No:	Telefon No :
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

EK: Eğitim Katılım Ücretine Ait Banka Dekontu (Kişi Sayısı X Eğitim Ücreti)