**ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**AİLE HEKİMLİĞİ YERLEŞTİRMESİ DURUM TESPİT TUTANAĞI**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Hekim Tc No/ Sicil No: ${dr-tc}  Hekimin Adı Soyadı : ${dr-isim}  Hekim Branşı : ${dr-brans}    Hizmet Puanı : ${dr-puan} | İşlem Referans No : ${op-no}  Hekim Sıra No : ${dr-no}  Hekimin Yerleştirildiği Yer: ${dr-adres} |
|  |  |

|  |
| --- |
| Hekimin Yerleştirildiği Yer: ${dr-adres}  Hekimin Durumu : ${dr-tercih} |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Dr. Adı Soyadı | | ${dr-isim} | | İmza | |
| |  | | --- | | Komisyon Başkanı | | ${k-baskan-ad} | | ${k-baskan-unvan} | | İmza | | |  | | --- | | Komisyon Üyesi | | ${k-uye-1-ad} | | ${k-uye-1-unvan} | | İmza | | |  | | --- | | Komisyon Üyesi | | ${k-uye-2-ad} | | ${k-uye-2-unvan} | | İmza | |