**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**

**ZEYİLNAME**

**AİLE HEKİMLİĞİ HİZMET SÖZLEŞMESİ**

16.04.2015 tarihli ve 29328 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği’nin değişik 6 ncı maddesinin 3 üncü fıkrası ile “Sözleşme dönemi bitmeden başka bir Aile Hekimliği Birimine yerleşen Aile Hekimi ile yeni sözleşme imzalanmaz. Yeni birimdeki görev mevcut sözleşme doğrultusunda yürütülür.” Hükmü getirilmiştir. Mezkûr Hüküm doğrultusunda mevcut sözleşmede değişiklik yapılması zarureti hâsıl olmuştur. Bu kapsamda;

${dr-started} tarihinde imzalanan sözleşmenin 3 üncü maddesinde yer alan “${dr-oldplace} Nolu Aile Hekimliği Birimi” ibaresi “${dr-adres} Nolu Aile Hekimliği Birimi” olarak değiştirilmiştir.

Bu zeyilnamede belirtilen Hükümleri okudum ve aynen uyacağımı kabul ve taahhüt ediyorum.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **AİLE HEKİMİ** | | |  |  | | --- | --- | | Adı Soyadı : | ${dr-isim} | | Görev Yeri : | ${dr-adres} | | Adresi : |  | | | ${date-now} | | İmza: | | |  | | --- | | **KURUM YETKİLİSİ** | | Mustafa YAVUZ | | Vali a. | | Vali Yardımcısı | | ${date-now} | | İmza: | |

**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 Tarihi : ${date-now}  İşlem Referans No : ${op-no}  Hekim Sıra No : ${dr-no} |
|  |  |

|  |
| --- |
| 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 | |

**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 Tarihi : ${date-now}  İşlem Referans No : ${op-no}  Hekim Sıra No : ${dr-no} |
|  |  |

|  |
| --- |
| 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 | |