

I-	HEKİMİN İŞYERİNDE POLİKLİNİK YAPACAĞI GÜNLER VE SAAT ARALIĞI: (TÜM HANELER DOLDURULACAK)	<table><tr><td><u>GÜNLER</u></td><td>:</td><td><u>SAAT ARALIĞI</u></td><td>:</td></tr><tr><td>Pazartesi</td><td>:</td><td>.....</td><td>:</td></tr><tr><td>Salı</td><td>:</td><td>.....</td><td>:</td></tr><tr><td>Çarşamba</td><td>:</td><td>.....</td><td>:</td></tr><tr><td>Perşembe</td><td>:</td><td>.....</td><td>:</td></tr><tr><td>Cuma</td><td>:</td><td>.....</td><td>:</td></tr></table>	<u>GÜNLER</u>	:	<u>SAAT ARALIĞI</u>	:	Pazartesi	:	:	Salı	:	:	Çarşamba	:	:	Perşembe	:	:	Cuma	:	:
<u>GÜNLER</u>	:	<u>SAAT ARALIĞI</u>	:																							
Pazartesi	:	:																							
Salı	:	:																							
Çarşamba	:	:																							
Perşembe	:	:																							
Cuma	:	:																							
İ-	HEKİMİN KADROLU OLARAK RESMİ BİR İŞYERİNDE ÇALIŞIP ÇALIŞMADIĞI, ÇALIŞIYORSA BU KURUM-KURULUŞUN ÜNVANI : HEKİMİN BU KURULUŞTA HANGİ YASAYA TABİ OLARAK ÇALIŞTIĞI: (506-657-399 vbg.)																									
J-	HEKİMİN BAŞKA BİR İŞYERİ/İŞYERLERİNDE YETKİSİ VAR İSE İŞYERİNİN ÜNVANI/ÜNVANLARI : SİCİL NUMARASI/NUMARALARI :	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
K-	İŞYERİNDE DAHA ÖNCE YETKİLİ HEKİM/HEKİMLER VAR İSE AYRILIP AYRILMADIKLARI: AYRILDILARSA ADI- SOYADI/ADLARI- SOYADLARI:																									
L-	İŞVEREN/İŞVERENLERİN ONAYI : İMZA-KAŞE (EK LİSTE YAPILABİLİR)																									

İŞYERİ-HEKİM BEYAN TAAHHÜT BELGESİ

İşyerinin;

-Ünvanı:

(Ortak sağlık birimi oluşturulmuş ise bu işyerlerinin ünvanları-işyeri sicil numaraları-adresleri-işveren imza-kaşe bilgilerinin yer aldığı ek bir liste sözleşmeye eklenecektir.)

-Adresi:

-Tel:

-Fax:

-e-posta:

-Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Bölge Sicil Numarası:

-İşyeri Sicil Numarası:

-Faaliyet Konusu:

-Yer aldığı Risk Grubu:

-Çalışan Sigortalı Sayısı:

Hekimin;

-Adı Soyadı:

-T.C Kimlik Numarası:

-Diploma Numarası:

-Diploma Tescil Numarası:

-İhtisas Numarası:

-İşyeri Hekimliği Sertifikası Numarası:

-Branşı:

-Hekimin Niteliği: a)Kamu/Kadrolu
b)Sağlık Kurum/Kuruluşları
c)Özel/Serbest
d)Emekli
e)Tam gün

-Tabip Odası İzin Belgesinin Tarih ve Sayısı:

-Yetki İstenilen İşyerindeki Çalışma Gün ve Saatleri:

Günler:	Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma
Saatler:	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

-Görev Yaptığı Resmi veya Özel Kurum/Kuruluşun Ünvanı:

Bu Kurum/Kuruluştaki Mesai Saatleri:

-Part-Time Belgesinin Tarihi:

-Kurumumuzca Yetki Verilen Bir Başka İşyeri/İşyerleri Var İse;

Ünvanı/Ünvanları:

İşyeri/İşyerlerinin Sicil Numarası/Numaraları:

İşyeri/İşyerlerindeki Çalışma Saatleri:

Ayrılıp/Ayrılmadığı:

-Yetkilendirme yapılan hekimin görevinde herhangi bir değişiklik olduğu takdirde bu durum işveren / yetkilendirilen hekim tarafından en geç 3 iş günü içerisinde ilgili Müdürlüğe bildirilecektir.

-Hekimin Kurumca verilen yetkiye ilişkin belirlenmiş olan kurallara uymadığı, usulsüzlük yaptığı veya Kurumumuzu zarara uğrattığının tespiti halinde, Kurum zararından yetkilendirilmiş hekimler sorumlu olup, hekimin işyerinden ayrıldığı süresi içinde bildirilmemesi durumunda da ayrılış tarihinden itibaren yazılan reçete bedellerinden ve Kurumun uğrayacağı diğer zararlardan yetkilendirilmiş hekimle birlikte işverenler de müştereken ve müteselsilen sorumlu tutulacaktır.

Özel Hükümler:

Tarih

İşveren
İmza -Kaşe

Hekim
İmza-Kaşe

Ek-1:Hekim Diploma Fotokopisi

Ek-2:Hekim Nüfus Cüzdanı Fotokopisi