

T.C.
.....VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Belge No:

Tarih.../.../....

AMBULANS /ACİL SAĞLIK ARACI UYGUNLUK BELGESİ

AMBULANSIN/ACİL SAĞLIK ARACININ

TİPİ :
MARKASI :
MODELİ :
PLAKA NO :
MOTOR NO :
ŞASİ NO :
TESCİL TARİHİ :
TESCİL SIRA NO :

SAHİB(LER)İ

ŞİRKET VEYA
TİCARET UNVANI :
ADI ve SOYADI :
ADRES :

GÖREV YAPTIĞI KURULUŞUN

ADI :
ADRESİ :

Yukarıda belirtilen ambulans aracının.....isimli kuruluşta faaliyet göstermesi .../.../2006 tarihli ve sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği hükümlerine göre uygun görülmüştür.

Vali a.
İl Sağlık Müdürü

YAPILAN MUAYENE VE KONTROLLER

.../.../....

.../.../....

.../.../....

.../.../....

İMZA-KAŞE

İMZA-KAŞE

İMZA-KAŞE

İMZA-KAŞE