

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

Belge No:

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

AMBULANS SERVİSİ
UYGUNLUK BELGESİ

AMBULANS SERVİSİNİN

ADI :
TÜRÜ :
ADRESİ VE TEL :

SAHİB(LER)İ

ADI ve SOYADI :
ŞİRKET VEYA
TİCARET UNVANI :

MESUL MÜDÜR

ADI ve SOYADI :
UNVANI :

CALIŞMA SAATLERİ :

AMBULANS / ACİL SAĞLIK ARACI:

<u>Sıra No:</u>	<u>Sınıfı</u>	<u>Cinsi</u>	<u>Sayısı</u>
1-			
2-			
3-			

Yukarıda adı ve adresi belirtilen özel ambulans servisinin Mesul Müdür sorumluluğunda faaliyet göstermesi İl Valiliği'nce uygun görülmüştür. Bu belge .../.../2006 tarihli ve sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği hükümlerine göre düzenlenmiştir.

Vali a.
İl Sağlık Müdürü