



**USHAŞ**  
USHAŞ ULUSLARARASI SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş.



www.ushas.com.tr



info@ushas.com.tr



+90 (216) 266 01 01

## ULUSLARARASI SAĞLIK TURİZMİ ARACI KURULUŞ YETKİLENDİRME BELGESİ BAŞVURU FORMU

### BAŞVURU SAHİBİNİN BEYANI

Uluslararası Sağlık Turizmi Aracılık Hizmetlerinde Faaliyette Bulunacak Kuruluşların Yetkilendirilmesine İlişkin Usul Ve Esaslar'ın hüküm ve şartlarını aynen kabul ettiğimizi ve yükümlülüklerimizi yerine getireceğimizi, USHAŞ tarafından yapılacak denetimlerle ilgili müeyyideleri kabul ettiğimizi, başvuruyla ilgili olarak istenen ek idari ve teknik dokümanların tarafımızca eksik teslim edilmesinden doğacak gecikme ve hatalı işlemlerin sonuçlarından kuruluşumuzun sorumlu olacağını ve USHAŞ adına görevlendirilen personel ile bu başvuru formunda temsilci olarak beyan edilen kişi / kişiler tarafından, başvuru konusu olan belgelendirme işlemleri ile ilgili olarak yürütülecek her türlü iş ve işleme ait kayıt altına alınacak sonuçları kabul edeceğimizi, USHAŞ adına görevli personele yetki belgesi kriterlerini incelemesi esnasında her türlü kolaylığı sağlayacağımızı taahhüt ederiz.

Başvuruda bulunduğumuz belge ile ilgili belgelendirme işlemlerini tamamlanıp bu konuda belge kullanma haklarımız verilmeden, belgelendirme markasının kasıtlı olarak kanunsuz kullanılması olarak değerlendirileceğinin ve belgelendirme başvurumuzun olumsuz yönde etkileneceğinin farkında olduğumuzu teyit ederiz.

Başvuru bilgi ve evrakların Uluslararası Sağlık Turizmi Aracılık Hizmetlerinde Faaliyette Bulunacak Kuruluşların Yetkilendirilmesine İlişkin Usul Ve Esaslar hükümleri çerçevesinde değerlendirilmesi hususunu arz ederiz.

..... **ADINA İMZA YETKİLİSİ/YETKİLİLERİ**

<b>ADI SOYADI:</b>		<b>KAŞE</b>
<b>TARİH:</b>		
<b>İMZA</b>		

<b>FİRMA BİLGİLERİ</b>	<b>FİRMA ADI</b>				
	<b>TİCARİ UNVAN</b>				
	<b>ADRES</b>				
	<b>ŞEHİR</b>		<b>ÜLKE</b>		<b>POSTA KODU</b>
	<b>İNTERNET SİTESİ</b>				
	<b>TELEFON</b>				
	<b>FAKS</b>				
	<b>E-MAIL</b>				
	<b>VERGİ DAİRESİ</b>				
	<b>VERGİ NUMARASI</b>				
	<b>FİRMA İMZA YETKİLİSİNE AİT BİLGİLER</b>	<b>TCKN</b>		<b>ADI SOYADI</b>	
<b>ADRES</b>					
<b>ŞEHİR</b>			<b>ÜLKE</b>		<b>POSTA KODU</b>
<b>TELEFON</b>					
<b>FAKS</b>					
<b>E-MAIL</b>					
Tarafımca yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğruluğunu ve bilgilerin hatalı olması durumunda doğacak yükümlülüğü kabul ediyorum.				<b>AD SOYAD - KAŞE</b>	
<b>TARİH:</b>					
<b>İMZA</b>					