



T.C
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Danışmanlık, Konuşmacı ve Diğer Hizmetler İçin Talep Formu

1. Talepte bulunan destekleyici	
2. Talep edilen hizmetin türü	<input type="checkbox"/> Konuşmacı, oturum başkanlığı (konferans, kongre, seminer, eğitim toplantıları vb.) <input type="checkbox"/> Danışmanlık <input type="checkbox"/> Kurs <input type="checkbox"/> Eğitim <input type="checkbox"/> Diğer (Lütfen belirtiniz) _____
3. Hizmetin konusu	
4. Hizmetin gerçekleştirileceği yer (Şehir/Ülke)	
5.1. Hizmet talep edilen personel	
5.2. Personelin çalıştığı birim	
(Talep edilen yukarıdaki tanımlamalar dışında bir hizmet ise, buna ilişkin sözleşmenin bu forma ayrıca eklenmesi gerekmektedir.)	
6. Talep edilen hizmetin tarihi ve süresi	
7. Hizmet karşılığı ödenecek tutar	
8.1. Talepte bulunan destekleyici temsilcisi	
8.2. İletişim bilgileri (adres ve telefon)	
8.3. Tarih	
8.4. İmza/Kaşe	
9. Diğer (Belirtiniz)	