

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Emekli olmamdan dolayı, tarafıma ödenmesi gereken emekli yolluğu için gereğini bilgilerinize arz ederim.

İMZA

ADI SOYADI	
T.C. KİMLİK NO	
UNVAN ve GÖREVİ	
GÖREV YERİ	
IBAN NO (Halkbank 100. Yıl)	
TELEFON NO	

EKLİ BELGELER:

Ekli belgeler 2'şer suret ve onaylı olacaktır.

- 1- Emekli onayı
- 2- Görevden ayrılış yazısı