

..... BÜYÜKŞEHİR BELEDİYE BAŞKANLIĞI

Sağlık İşleri Daire Başkanlığına

..... isimli hastamızın yatalak olması ve sağlık hizmetlerine ulaşamaması nedeniyle hasta nakil hizmetinizden faydalanmak istiyoruz.

Gereğini bilginize arz ederim.

Tarih

Ad Soyad

İmza

Adres :

T.C. Kimlik No:

Tel No :