



TEB II. BÖLGE ANKARA ECZACI ODASI'NA

Aşağıda belirtilen nedenler ile hakkımda kayıtlara geçmiş bir meslekten men cezasının olup olmadığı hususunda tarafıma yazı verilmesini talep ediyorum.

Lütfen talep nedenlerinizi aşağıdaki boş kısımda belirtiniz.

--

Gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim.

ECZACININ ADI/SOYADI	
İŞ VEYA İKAMETGÂH ADRESİ	
İLETİŞİM BİLGİLERİ	
İşbu dilekçede belirtilen kişisel ve iletişim bilgilerinin doğru olduğunu taahhüt eder, yapılan talebin yerine getirilebilmesi ve sorgu sonucunun tarafıma ulaştırılması adına belirtilen iletişim bilgilerinin işlenmesine, saklanması ve Türk Eczacılar Birliği ve bağlı odalarının yetkili mercileri ve Türkiye Cumhuriyeti'nin yetkili makamları ile paylaşılmasına 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununun 5. Madde hükmü gereği onay verdiğimi beyan ederim.	
TARİH	
İMZA	