**BİLGİ EDİNME BAŞVURUSU FORMU**

(Gerçek Kişiler İçin)

|  |  |
| --- | --- |
| **Başvuru sahibinin adı ve soyadı:** |       |
| **Oturma yeri veya iş adresi:** |         |
| **Türkiye Cumhuriyeti Kimlik No:** (Elektronik ortamda yapılacak başvurular için doldurulması zorunludur.) |         | Başvuruya hangi yolla cevap almak istersiniz? Yazılı           Elektronik   |
| **Elektronik posta adresi:** (Elektronik ortamda yapılacak başvurular için doldurulması zorunludur.) |        |
| **İmzası:** |        | 4982 sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanunu gereğince istediğim bilgi veya belgeler aşağıda belirtilmiştir.Gereğini arz ederim. |
| **İstenen bilgi veya belgeler:**(Not: Ayrılan bölümdeki boşluk yetmediği takdirde, başvuru için boş sayfa / sayfalar kullanılabilir.) |                                  |

**DOLDURDUKTAN SONRA ARDAHAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ’NE GÖNDERMEK İÇİN**

 **ardahan@saglik.gov.tr YE GÖNDERMENİZ GEREKMEKTEDİR**