**……….………. AYI GEZİCİ SAĞLIK HİZMET PROGRAMI**

**DEĞİŞİKLİK TALEP DİLEKÇESİ**

**……………İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ /TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE**

ASM Adı :

AHB No :

AH Ad Soyadı :

* Tarih : ……………………..
* Güzergah : ………………………
* Yerleşim Yeri veya Yerleri: ……………………………..
* Nüfusu: ……………………
* Hizmet Aralığı ve Süresi: …………………….
1. **Telafi Edilecek GSH’nin Verileceği:**
* Tarih : ……………………
* Güzergah : …………………….
* Yerleşim Yeri veya Yerleri : ………………………………….
* Nüfusu: …………………………
* Hizmet Aralığı ve Süresi : ……………………………..
* Hizmetin kim tarafından verileceği : AH. ………………..
1. **Değişiklik Nedeni**

……………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………..

 AH…………………..

 .../…./20…

OLUR

Dr. ……………………..

İlçe Sağlık Müdürü/Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı