

HEKİM TANITIM FORMU

İŞYERİ HEKİMİNİN

Adı ve Soyadı.....
T.C. Kimlik No.....
Doğum Yeri ve Yılı:.....
Mezun Olduğu Fakülte ve Yılı:.....
Tıpta Uzmanlık Alanı:.....
Akademik Ünvanı:.....
Ev Adresi:..... Tel.:.....
İş Adresi:..... Tel.:.....
Muayenehane Adresi :..... Tel.:.....
Üyesi Olduğunuz Tabip Odası ve Üye No:.....
Cep Telefonu :
Elektronik Posta Adresi :

İŞYERİ HEKİMLİĞİNDEN BAŞKA GÖEVLERİNİZ:

a) Kamu Görevi:

Hastane Dispanser Sağlık Ocağı Belediye 112 Acil
 Kurum Hekimliği Diğer.....

b) Özel Kurum:

Muayenehane Özel Hastane Özel Poliklinik Özel Laboratuar
 Kreş Hekimi Okul Hekimi Sürücü Kursu Estetik Merkezi
 İlaç Firması Diğer.....

c) Emekli ()

İŞYERİ HEKİMLİĞİ YAPMAKTA OLDUĞUNUZ İŞYERLERİNİN İSİM-ADRES VE TELEFONLARI:

1.....Tel. :

2.....Tel. :

SÜREKLİ EĞİTİM ÖDENTİSİNİN KİM TARAFINDAN ÖDENECEĞİ

İşyeri Kendisi

BİLDİĞİNİZ YABANCI DİLLER VE DERECESESİ:.....

YAPMIŞ OLDUĞUNUZ BİLİMSEL YAYINLAR.....

TÜRKİYE DIŞINDA MESLEKİ FAALİYETİNİZ OLDUYSA, KONUSU VE YERİ

.....

Yukarıda yazılı bilgileri eksiksiz ve doğru olarak doldurdum. Verdiğim bilgilerde değişiklik olduğu takdirde on beş (15) gün içerisinde İstanbul Tabip Odası'nu bilgilendireceğim. Yanlış bilgi verdiğimin tespit edilmesi yada işyerine işyeri hekimi olarak atanmama engel bir durumun ortaya çıkması halinde yetkimin iptal edilmesini kabul ediyorum.

Adı Soyadı :

İmzası :