



Uçuş Tabipliği Kursu Kurum/Kuruluş/İşletme Bilgi Formu

KURUM/KURULUŞ/İŞLETME ADI :	
KURUM/KURULUŞ/İŞLETME ADRESİ :	
KURUM/KURULUŞ/İŞLETME TEL.NO:	
KURUM/KURULUŞ/İŞLETME FAX.NO:	
HAVACILIK TIP MERKEZİ YETKİ TARİH VE SAYISI: (Yoksa “YOK” şeklinde belirtilecektir.)	
KURUM/KURULUŞ/İŞLETME TEMSİL VE İLZAMA YETKİLİ YÖNETİCİ ADI SOYADI İŞ, CEP TELEFONU ve FAX NUMARALARI	
KURS İÇİN PLANLANAN 1. ADAY HEKİMİN ADI SOYADI/BRANŞI	
KURS İÇİN PLANLANAN 2. ADAY HEKİMİN ADI SOYADI/BRANŞI : (Yoksa “YOK” şeklinde belirtilecektir.)	
KURS İÇİN PLANLANAN 1. YEDEK ADAY HEKİMİN ADI SOYADI/BRANŞI : (Yoksa “YOK” şeklinde belirtilecektir.)	
KURS İÇİN PLANLANAN 2. YEDEK ADAY HEKİMİN ADI SOYADI/BRANŞI : (Yoksa “YOK” şeklinde belirtilecektir.)	

...../...../ 20...

(İMZA/MÜHÜR)

(YÖNETİCİ ADI SOYADI)

(ÜNVANI)