

## BİLGİLENDİRME FORMU

Memur T.C. Kimlik Numarası	:	
Memurun Adı Soyadı	:	
Memurun Çalıştığı Birim	:	
Birimden Ayrılış Tarihi ve Saati	:	
Memurun Gittiği Sağlık Hizmetleri Sunucusu	:	

Memurun,  
Adı, Soyadı : \_\_\_\_\_  
Tarih : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
İmza :

Birim Yetkilisi  
Adı, Soyadı : \_\_\_\_\_  
Tarih : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
İmza :

Hastane Başmüdürlüğü

---

KU.FR.24/Rev01/02.07.2021

## BİLGİLENDİRME FORMU

Memur T.C. Kimlik Numarası	:	
Memurun Adı Soyadı	:	
Memurun Çalıştığı Birim	:	
Birimden Ayrılış Tarihi ve Saati	:	
Memurun Gittiği Sağlık Hizmetleri Sunucusu	:	

Memurun,  
Adı, Soyadı : \_\_\_\_\_  
Tarih : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
İmza :

Birim Yetkilisi  
Adı, Soyadı : \_\_\_\_\_  
Tarih : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
İmza :

Hastane Başmüdürlüğü

---

KU.FR.24/Rev01/02.07.2021