**ÜRETİCİ ANTET**

**FİRMA YETKİLİSİ BELGESİ**

Kayıt Tescil Sistemine erişim ve gerekli bilgileri kaydetmek, bundan böyle Sağlık Bakanlığı ile kurumsal ilişkilerimizi yürütmek üzere firmamız adına aşağıda açık kimliği yazılı kişi yetkilendirilmiştir.

 Tarih

 Firma Kaşe

 İmza

İmza sahibinin adı soyadı

Firma Adı:

Firma Vergi Kimlik Numarası:

Yetkili TC Kimlik Numarası:

Yetkili Adı Soyadı:

Yetkilinin Cep Telefonu Numarası:

Yetkili Mail Adresi:

Yetkilinin Tebligat Adresi:

**Ek:**

Yetkilinin Nüfus Cüzdanı