**………. BÜYÜKŞEHİR BELEDİYE BAŞKANLIĞI**

**Sağlık İşleri Daire Başkanlığına**

……………………………….. isimli hastamızın yatalak olması ve sağlık hizmetlerine ulaşamaması nedeniyle hasta nakil hizmetinizden faydalanmak istiyoruz.

 Gereğini bilginize arz ederim.

Tarih

Ad Soyad

İmza

Adres :

T.C. Kimlik No:

Tel No :