|  |  |
| --- | --- |
|  | **İLİŞKİ KESME FORMU** |
| İK.FR.03 | Y.TARİHİ.26.12.2016 | REV.00 | REV.TARİHİ SAYFA 1/1 |
| **ADI SOYADI** :……………………………….**DEPARTMAN** :……………………………….**BÖLÜM** :……………………………….**İŞE GİRİŞ TARİHİ** :……………………………….**ÜNVANI** :………………………………. |
| Yukarıda hakkında bilgi verilen…………………………………………………………….şirketimizle ilişkisi kesilecektir. Söz konusu şahsın bölümünüzle hiçbir ilişkisi olmadığı ve adına bölümünüzce verilen zimmetlerin geri alındığını gösteren bu formun size ait kısmını imzalamanızı arz/rica ederim.İnsan Kaynakları Müdürü İmza ve Tarih |
| **BÖLÜM** | **YETKİLİ İSİM VE ÜNVANI** | **İMZA** |
| Hemşirelik Hizmetleri |  |  |
| Muhasebe |  |  |
| Satın Alma |  |  |
| Bilgi İşlem |  |  |
| Biyomedikal |  |  |
| Eczane |  |  |
| **Birim Sorumlusu İseniz ;** |
| Sarf Depo Sorumlusu |  |  |
| Ayniyat Depo Sorumlusu |  |  |
| ………../.…./……….. tarihinde ayrıldığım Özel Level Hospıtal'den üzerime kayıtlı her türlü demirbaş ve zimmetleri geri teslim ettiğimi beyan eder, gereğini arz ederim.………/………/………. Adı Soyadı ve İmzası |