|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 | | | | | |