



Özel **EKOL HASTANESİ**
PERSONEL İLİŞİK KESME
BİLDİRİM FORMU



TARİH:/...../20.....

PERSONELİN MEVCUT GÖREVİ

- HEKİM İDARİ PERSONEL
 HEMŞİRE TEKNİK VE DESTEK PERSONELİ
 DİĞER SAĞLIK PERSONELİ

PERSONELE AİT BİLGİLER

ADI SOYADI :
T.C. KİMLİK NO :
UNVANI :
SERVİS/BÖLÜM ADI :
İŞE GİRİŞ TARİHİ :
AYRILIŞ TARİHİ :
İHBAR SÜRESİ :

AYRILMA NEDENİ

- İSTİFA EVLİLİK
 TAYİN (ATANMA) EMEKLİLİK
 ASKERLİK ÖLÜM

BİRİM İLİŞİK KESME

ÇALIŞTIĞI BİRİM MÜDÜRÜ	(İsim, unvan, imza)
KALİTE VE AKREDİTASYON BİRİMİ	(İsim, unvan, imza)
BİLGİ İŞLEM BİRİMİ	(İsim, unvan, imza)
TERZİHANE	(İsim, unvan, imza)
LOJMAN SORUMLUSU	(İsim, unvan, imza)
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ BİRİMİ	(İsim, unvan, imza)

TESLİM ALAN PERSONEL (ÖZLÜK İŞLERİ)

(İsim, unvan, imza)

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
SÇ.FR.23	05.03.2021	01	18.06.2022	1 / 1