



.....
adresinde faaliyet gösteren kurumumda oluşacak enfekte etiklerimin tarafınızca toplanmasını saygılarımla arz ederim.

...../...../ 20.....

KENTLİ NO. :.....
KURUM ADI :.....
TELEFON :.....
FAKS :.....
VERGİ DAİRESİ :.....
VERGİ NO :.....
YETKİLİ ADI VE SOYADI :.....
BANKA / ŞUBESİ :.....
IBAN NUMARASI :.....
İMZA :.....

ADRES DEĞİŞİKLİĞİ

ESKİ ADRES :
YENİ ADRES :

KURUM ADI DEĞİŞİKLİĞİ

ESKİ ADI :
YENİ ADI :

BİLGİ :

⑩ Tüm Kişi ve Kuruluşlar, Adres ve Kurum Adı değişikliklerini Atık Yönetimi Planlama ve Denetimi Şube Müdürlüğü' ne yazılı olarak bildirmek zorundadır.

⑩ Tıbbi Atıklarınız oluştuğunda, 4253225 numaralı telefonu arayarak, atıklarınızın alınmasını talep edebilirsiniz.

⑩ Araçlarımızın yönlendirilmesi için en az 2 adet Tıbbi Atık Torbasının dolması gerekmektedir.