|  |  |
| --- | --- |
|  | **T.C.****SAĞLIK BAKANLIĞI****HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE** |

**Danışmanlık, Konuşmacı ve Diğer Hizmetler İçin Talep Formu**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Talep edilen hizmetin türü | Konuşmacı, oturum başkanlığı (konferans, kongre, seminer, eğitim toplantıları vb.) |
| Danışmanlık |
| Kurs |
| Eğitim |
| Diğer ( Lütfen belirtiniz) |
| 2. Hizmetin Adı |  |
| 3. Hizmetin gerçekleştirileceği adres |  |
| 4. Talep edilen hizmetin tarihi ve adı  |  |
| 5. Hizmet talep edilen personel |  |
| 6.Hizmet karşılığı ödenecek tutar |  |
| 7. Talepte bulunan destekleyici temsilcisi |  |
| 9. Destekleyici İletişim bilgileri (adres ve telefon) |  |
| 10.Konuşmacı İletişim Bilgileri (adres ve telefon) |  |
| 13. Tarih/İmza/Kaşe (Firma) |  |
| 14. Tarih/İmza/ Kaşe (Konuşmacı) |  |