BARTIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

(Çevre Sağlığı Birimi)

Müdürlüğünüz tarafından **27-28-29 Mayıs** 2025 tarihlerinde yapılacak olan Biyosidal Ürün Uygulayıcı Eğitimine katılmak istiyorum.

Gereğini arz ederim. (…../…../2025)

Adı Soyadı

İmza

Adres: ………………………

………………………

Telefon No: ……………….

EKLER:

-Diploma fotokopisi

-Kimlik Fotokopisi

-2 Adet fotoğraf

-Biyosidal Ürün Uygulayıcı Eğitim Ücreti Dekontları ( aslı )