T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Fakültenizde göreve başladığım …… / …… / 20….. tarihi itibariyle 5 (beş) gün içerisinde Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasını (Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası) gösterir belgeyi Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü Ek Ödeme ve Mutemetlik Birimine vermeyi, süresi içerisinde vermemem halinde doğacak tüm maddi sorumlulukların şahsıma ait olduğunu beyan, kabul ve taahhüt ediyorum.

Taahhüt Tarihi :

Taahhüt Edenin İmzası :

Taahhüt Edenin Adı ve Soyadı :