**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI**

**(Aile Hekimliği Birimine)**

**KAHRAMANMARAŞ**

…………………………….. Aile Sağlığı Merkezinde ………….. No.lu Aile Hekimliği Biriminde görev yapmaktayım.

Aile Hekimliği Birimimin, 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin EK–1 ***“Aile Sağlığı Merkezi Gideri Olarak Yapılacak Katkıların Tespitinde Kullanılmak Üzere Aile Hekimliği Birimi Gruplandırma”*** listesindeki ….. **Grubu** kriteri/ ……Grubunun devamı kapsamında değerlendirilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

**Aile Hekimi** **Adı Soyadı:**

**Tarih:**

**İmza:**

**ADRES;**

**İş Telefonu:**

**Cep Telefonu:**

**EKLER:**

1. Gruplandırma değerlendirme formu (A-B-C-D grupları için) ( 2 nüsha )
2. İlçe Sağlık Müdürlüğü/TSM tarafından onaylanmış Aile hekimliği bina yerleşim krokisi (A-B-C-D grupları için)
3. Aile Hekimliği Biriminin Bebek dostu olduğuna dair belge (A-B-C-D grupları için)
4. Ücretli çalıştırılan temizlik personelinin SGK giriş belgesi, çalışma gün ve saatlerini gösterir çizelge, sözleşme ve personel hizmet satın alma yöntemi ile çalıştırılıyor ise ayrıca fatura (A-B-C-D grupları için)
5. Ücretli çalıştırılan ebe,hemşire,acil tıp teknisyeni,sağlık memuru(toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterin SGK giriş belgesi, mesleğinin icrasına yönelik mezuniyet belge örnekleri, çalışma gün ve saatlerini gösterir çizelge, sözleşme ve personel hizmet satın alma yöntemi ile çalıştırılıyor ise ayrıca fatura (A-B-C grupları için )
6. Esnek mesai çalışma çizelgesi (A-B grupları için İlçe SM/TSM Onaylı)
7. ASM internet sitesi adresini bildiren belge (A grubu)