

ÜCRETLİ İZİN TALEP FORMU

PERSONEL

Adı Soyadı

Sigorta Sicil Numarası

İşe Giriş Tarihi

Baba Adı

İzin Başlangıç Tarihi

İzin Bitiş Tarihi

Ücretli İzin Gün Sayısı

İzin Sebebi

İMZA

FİRMA

Adı Soyadı, Ünvanı, Adresi

AVİSENNA SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş.

SANCAK MAHALLESİ VEYSEL KARANI

CADDESİ EBRU SOKAK NO: 14

SELÇUKLU / KONYA

İşyeri Sigorta Sicil No

2.8610.01.01.1086098.042.21.77

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen
yine yukarıda belirtilen tarih / saatler arasında ücretli izin kullanmasında sakınca yoktur.

ONAYLAYAN

ONAY

ONAY