

İl Sağlık Müdürlüğü Performans Değerlendirme Sistemi
İtiraz Başvuru Formu

İtiraz Edilen Rapor Dönemi	:		
İtiraz Tarihi	:		
Müdürlük Adı	:		
İtiraz Edilen Gösterge			
S.No	Kod	Gösterge Adı	İtiraz Gerekçesi
1			
2			
...			
İtiraza İlişkin Ekler			
Ek.No	Açıklama		
1			
2			
...			

Tarih:/...../.....

İl Sağlık Müdürü
Adı Soyadı, İmza