	BURDUR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	Doküman Kodu	16.F.02
		Yayın Tarihi	04.09.2006
	Revizyon Talep Formu	Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	--
		Sayfa No	1 / 1

Doküman Kodu		Formun Doldurulduğu Tarih
Doküman Adı		...../...../.....
Talepte Bulunan Birim		
Adı Soyadı / İmza		

Revizyon Talep Nedeni :

Önerilen Değişiklik :

KYT Görüşü :

…….

Kalite Yönetim Temsilcisi

imza

Revize Edilecek Dokümanı Hazırlayacak Sorumlular:

Not: Sorumluların Adı, Soyadı, Ünvanı, İmzası ve Tarih yazılır. Bu belge aynı zamanda tebliğ belgesi niteliğinde olup yeni dokümanlar 1 ay içinde onaylanarak yürürlüğe girmek zorundadır.