



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
GARANTİLİ AMBULANS TAMİR/BAKIM GECİKME BİLDİRİM FORMU

İL ADI :

ARAÇ PLAKASI :

ARAÇ ŞASE NO :

YÜKLENİCİ FİRMA :

ARIZA BİLDİRİM TARİHİ : ... / ... /202 . SAATİ : . . : . .

ARIZANIN GİDERİLMESİ GEREKEN SON TARİHİ * : ... / ... /202 . SAATİ : . . : . .

ARIZANIN GİDERİLDİĞİ TARİH : ... / ... /202 . SAATİ : . . : . .

Cezalı Gün Sayısı :

imza

imza

ONAY
Başhekim

* İlgili şartnamede belirtilen garanti sürelerine göre.

Arıza Bildirim Formunun (Form-1) sureti ve arızanın giderildiğine dair yüklenici tarafından düzenlenen belge üst yazı ile Bakanlığa bildirilir.