TİCARET ODASI BAŞKANLIĞI’NA

SALİHLİ

5684 sayılı Sigortacılık Kanunu’na ve Sigorta Acenteleri Yönetmeliği’ne göre Uygunluk Belgesi ve Levhaya Kayıt işlemlerinin yapılmasını arz ederiz. …./…./20…

Acente Yetkilisinin

Adı Soyadı

İmza

|  |  |
| --- | --- |
| **SİGORTA ACENTESİNİN** | |
| **ÜNVANI** |  |
| **TELEFONU** |  |
| **FAKS** |  |
| **E-POSTA ADRESİ** |  |
| **WEB ADRESİ** |  |
| **ÖNBAŞVURU NUMARASI** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **YETKİLİLERİN** | | |
| **ADI SOYADI** | **GSM** | **E-POSTA ADRESİ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |