**TARİH:**

**SİVAS TİCARET VE SANAYİ ODASI**

**ÜYE HİZMETLERİ (SİGORTA İŞLEMLERİ) BİRİMİ’NE**

Acenteliğimizin faaliyetlerinin yürütüleceği mekânın sahip olması gereken Asgari Fiziki Şartlara uygunluğunun tespiti için gerekli tetkikin yapılmasını saygılarımızla arz ederiz.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**ACENTE KURULUŞ: ACENTE ADRES DEĞİŞİKLİĞİ:**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**ŞUBE KURULUŞ: ŞUBE ADRES DEĞİŞİKLİĞİ:**

**Ticaret Sicil Numarası: ………………………..**

 **Firma Ünvanı**

 ………..……..………………………………………..

 .…..…..….……………………………………………

**Adres:** ……………………………………………………………..

 ……………………………………………………………..

**İletişim Bilgileri ;**

Cep Telefon No :

İşyeri Tel No :