**TARİH:**

**DÜZCE TİCARET VE SANAYİ ODASI**

**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 ;**

Mobil Telefon No :

İşyeri Tel No :

**NOT;** Fiziki tetkik müracaatı için 100.00.-TL **ücret ödenmesi gerekmekte** olup, ödeme Odamız veznesine makbuz karşılığında ödenmektedir.