**İSTANBUL TİCARET ODASI**

**ÜYELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ 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:** ……………………...……… **Kaşe - İmza**

**Tahakkuk Numarası:** ………………………….…..

**Telefon No :** …………………………………..…………

**Adres:**………………………………………………………………………………….........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

***NOT: Fiziki tetkik başvuru ücreti 360.00 TL olup, ödemeler Odamız veznesine yapılmaktadır.***