

..... SOSYAL GÜVENLİK İL MÜDÜRLÜĞÜ
.....SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİNE

Dilekçe ekinde yer alan faturada belirtilen sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesini, yersiz ödeme yapıldığının anlaşılması durumunda meydana gelecek mali, cezai ve hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi taahhüt eder, gereğini arz ederim.

Adı Soyadı

.....

İmza/Tarih

.....

GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ :

*(Kişi VEFAT etmiş ise Adı ve Soyadı bölümüne VEFAT yazmanız yeterlidir.)

ADI SOYADI :

T.C. KİMLİK NO :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HASTANIN:

ADI SOYADI :

T.C. KİMLİK NO :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

YAKINLIĞI :

ADRES :

.....

CEP TEL.: EV/İŞ TEL:

E-POSTA:@.....

EVRAK TARİH-SAYI

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun verdiği hizmetlerin tarafıma bildirilmesi için SMS hizmetlerinden faydalanmak istiyorum.

Adı ve Soyadı/İmza

.....

.....