

SAHIS ÖDEMESİ TALEP DİLEKÇESİ

ZONGULDAK SOSYAL GÜVENLİK İL MÜDÜRLÜĞÜ

Zonguldak Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi'ne

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.

Hasta Alt Bezi.....

Tıbbi Cihaz (Aspiratör, Nebulizatör, Ses, Alarm ve İşitme).....

İade Cihaz (Oksijen,Cpap,Auto Cpap,Bpap,BipapS/T,Asv,Ventilatör).....

Ortez Protez.....

Kolostomi, Sonda.....

Diğer Medikal Malzeme.....

Adı Soyadı

.....
İmza Tarih

.....

GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ :ADI SOYADI:
T.C. KİMLİK NO:**HASTANIN:**ADI SOYADI:
T.C. KİMLİK NO:
YAKINLIĞI:
ADRES:
TEL: