

SAĞLIK GÜVENCESİ BEYAN FORMU

SAĞLIK HİZMETİ SORGULAMASI İÇİN GEREKLİ OLAN BİLGİLER

T.C. Kimlik Numarası	
Adı Soyadı	
Nüfus İli	
Cilt No	
Doğum Tarihi	

Cinsiyet	Erkek <input type="checkbox"/>	Kadın <input type="checkbox"/>
25 Yaşımı Doldurdum	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

HANGİ SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANIYORSUNUZ?

(Yararlandığınız Sağlık Güvencesinin Karşısındaki Kutucuğa "X" ile işaretleyiniz)

Annem Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Genel Sağlık Sigortalısıyım (GSS)	<input type="checkbox"/>
Sigortalı Olarak Bir İşte Çalışıyorum (Kendim Sigortalıyım)	<input type="checkbox"/>
Evliyim Eşim Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam veya Annem Esnaf Ama Prim Borcu Var Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam veya Annemin Prim Borcu bulunduğundan dolayı Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="checkbox"/>

Üstteki bilgilerin doğruluğunu kabul eder sosyal güvencemin değişmesi durumunda Müdürlüğüne bildirmemem durumunda doğacak her türlü cezai durumu peşinen kabul ederim.

Tarih/...../.....
Adı Soyadı
İmza