

HASTA TAAHHÜTNAMESİ

Tıbbi Malzeme Adı :

SUT Kodu :

SUT Miad Süresi :

Yukarıda bilgileri verilen, isimli eczaneden talep ettiğim, malzeme ile aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen malzemenin daha önceden bedeli Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmek suretiyle;

Temin etmediğimi

Temin ettiğimi ancak SUT' ta belirlenmiş olan miad süresinin dolduğunu,

aksi durumun tespiti halinde her türlü hukuki ve maddi sorumluluğunun tarafıma ait olduğunu kabul ve beyan ederim. Tarih / /

Hasta Adı-Soyadı

Genel Sağlık Sigortalısının:

Adı-Soyadı / T.C. Kimlik No :

Hastanın

Adı-Soyadı :

T.C. Kimlik No :

Yakınlığı :

Adres :

Cep Tel :

Bu taahhütün yukarıda kimlik bilgileri bulunan..... tarafından.....adlı malzemenin teminine ilişkin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmek suretiyle karşılamadığına ilişkin taahhütnamenin, gerçeğe aykırı olduğunun bu sözleşmeye taraf Kurum tarafından tespiti halinde geçerli olacağını hiçbir sebep veya nedenle amacı dışında hasta tarafından verilecek taahhütü kullanmayacağımızı kabul ve beyan ederiz. (Tarih).... / /

Eczane Adı:/Adresi:

Telefon numarası:

Eczane Kaşe:

Eczane Mesul Müdürü İmzası

EK-6/6

HASTA İŞLEM FORMU

TC Kimlik No:		
Hasta Adı Soyadı:		
Hasta Telefon No:		
Hasta Adresi:		
MALZEMELER		
SUT Kodu	SUT Adı	Teslim Tarihi:
Malzemeleri Teslim Alanın		Eczane Kaşe İmzası
Hasta/ Hasta yakını TC Kimlik No:		
Hasta/ Hasta yakını adresi/Telefon No:		
Adı /Soyadı		
Tarih/İmza		

ECZANE SÖZLEŞMESİ DÖNEM FATURA TESLİM ÜST YAZISI

Kurumunuz tarafından sağlık hizmetleri karşılanan Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile ikili sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde sağlık hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanan kişiler adına sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucuları tarafından reçete ve sağlık raporu ile ihtiyaç gösterilen malzemelerle ilgili Kurumunuz ile Eczanem arasında 01/07/2017 tarihinde imzalamış olduğum, Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamındaki Kişilerin Türk Eczacıları Birliği Üyesi Eczanelerden Tıbbi Malzemelerin Temini Sözleşmesi hükümlerine istinaden temin ettiğim fatura muhteviyatlarının Bankası şubesi hesap numarasına ödenmesini arz ederim.

Eczane İsmi:

Eczane Mesul Müdürü Adı ve Soyadı:

Eczane Adresi:

Tarih ve İmza:

Ekler: 1- İcmal Listesi

2-.....adet Fatura ve ekleri