|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **T.C.ZİRAAT BANKASI A.Ş. VE T.HALK BANKASI A.Ş. MENSUPLARI EMEKLİ VE YARDIM SANDIĞI VAKFI** | **Belgenin Düzenlendiği Tarih : ….... / …... / …….…..** |

|  |
| --- |
|  **ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE MUAYENE İSTEĞİ** |
| **HASTANIN SEVK EDİLDİĞİ SAĞLIK KURUMU**  |
| **UYARI: Bu sevk belgesi, belgede ismi belirtilen kişinin Vakfımızın üyesi olduğunu belgelemek amacıyla düzenlenmiştir. İş bu belge ile başvuran üye veya aile bireyine, tarafınızdan yapılacak sağlık hizmetine ilişkin tahakkuk edecek tedavi ücreti T.C. Ziraat Bankası A.Ş. ve T. Halk Bankası A.Ş. Mensupları Emekli ve Yardım Sandığı Vakfınca karşılanacaktır.**  |
|  **Ü** **Y** **E** **N** **İ** **N** | **ADI SOYADI**  |  **HASTANIN SEVK EDİLDİĞİ KLİNİK VE**  **DOKTORUN ADI** |
| **DOĞUM TARİHİ****CİNSİYETİ** |  |
| **VAKIF SİCİL** |
| **ÇALIŞTIĞI BİRİM** |
|  **H** **A** **S** **T** **A** **N** **I** **N** | **ADI SOYADI** |  **BİRİM/ ŞUBE**  **YETKİLİLERİNİN İMZASI** |
| **MENSUBA YAKINLIĞI** |
| **HASTANIN DOĞUM TARİHİ** |
| **YAKINMASI VE BAŞLANGIÇ TARİHİ** |
| **ÖZGEÇMİŞ-SOYGEÇMİŞİ** |
| **FİZİK MUAYENE BULGULARI**  |
| **ÖN TANI** |
| **Gerekli Görülen Tıbbi Tetkikler:** | **Tedavi:** |
| **Teşhis:**  |
|  **Dr.Kaşesi** | **Dr. Telefonu** | **Dr. Faksı** |
| **Bu sevk belgesinin, fatura aslı, tetkik sonuçları ile birlikte eksiksiz doldurularak Vakfa gönderilmesi rica olunur.****Yukarıda verdiğim bilgilerin doğru olduğunu Vakıf üyesi ve hak sahibi olduğumu, istenildiği takdirde her türlü sağlık kayıtlarının Vakfa verilmesi ve sağlık yardım planı şerh ve limitleri gereği ilişik belgelerde gönderdiğim tedavi masraflarımı, Vakıf tarafından kontrol edilerek Vakıf Sandığı tarafından ödenmesi ve banka hesabıma havale edilmesinin kabul ederim.** **İMZA** |

**Atatürk Mah. Turgut Özal Bulvarı. No:6/B Gardenya 1.Plaza İş Merkezi Kat:9-10-11-12 Ataşehir / İSTANBUL**

**Santral: (0216) 516 00 00 Çağrı Merkezi : 0 850 577 00 00 E-mail:** **saglik@tzhvakfi.org**