

**Döküman Kodu:**  
AS.FR.05

**Yayın Tarihi:** 13.01.2021

**Revizyon Tarihi:-**

**Revizyon No:00**

**Sayfa No: 1/1**

Acil hal nedeni ile başvurduğum Özel Dr. Fatih Ögüç Fertillife Afyon Hastanesi'nde yapılan tedavim sonrası acil halimin sona erdiği ve bundan sonra sunulacak sağlık hizmetleri için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen usul ve esaslara göre ilave ücret ödemeyi ve ödediğim ücreti Sosyal Güvenlik Kurumundan talep etmeyeceğimi onaylıyorum ve kabul ediyorum.

**Hasta ve/veya yakınının Yetkilisi**

Adı Soyadı : .....

TC Kimlik NO :.....

Telefon No :.....

Adres :.....

İmza :.....

Tarih :...../...../.....

**Sağlık Hizmeti Sunucusu**

Adı Soyadı :.....

Görevi :.....

İmza :.....

Tarih : ... / ... / .....

**BARKOD**