
 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	TAAHHÜTNAME FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HHD.FR.94	Yayın tarihi 07.12.2017	Revizyon No 1	Revizyon tarihi 29.05.2024	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/1

TAAHHÜTNAME

Aşağıda numarası belirtilen dişime/dişlerime hizasında Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kodu ve adı ile belirtilen sağlık hizmetlerinin yapılması gerektiği hususu ile bu sağlık hizmetlerinin ilgili mevzuat gereğince hizasında belirtilen süre (miad) dolmadan yapılması durumunda bedelinin tarafımca karşılanması gerektiğini, süre (miad) dolduktan sonra yapılması durumunda ise bedelinin yine ilgili mevzuatta belirtildiği şekliyle Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanacağı konusunda bilgi edindim.

Tedavimi sağlayan sağlık hizmeti sunucusunca yapılmasına gerek görülen ve aşağıda SUT kodu ve adı, diş numarası, miadı yazılı sağlık hizmetlerini bugünden geriye dönük olarak, belirtilen süre içinde bedeli Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmak suretiyle almadığımı, beyanımın aksi bir durumun (hak etmediğim halde sağlık hizmetini aldığımın) tespiti halinde söz konusu sağlık hizmeti bedelini, Kurumun anapara, faiz, ödeme süresi ve ödeme yerini belirleyerek göndereceği tebligatta belirtilen esaslarına göre defaten ödeyeceğimi beyan ve taahhüt ederim.

SUT KODU VE ADI

DIŞ NUMARASI

SÜRESİ

BEYAN

TAAHHÜTNAMEYİ ALANIN

VERENİN

Adı ve Soyadı :

Tarih :

İmza :

TAAHHÜTNAMEYİ

Adı ve Soyadı :

Tarih :

İmza :

T.C. No :

Adres :

Hazırlayan	Kontrol Eden Kal. Yön. Direkt.	Onaylayan Dekan