

TEDAVİ YARDIMI TALEBİ

KÖY HİZMETLERİ VAKFI YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞINA,
Emek Mah. Kırım Cd. Emek Apt. No: 21 / 3
06500 Emek – Çankaya / ANKARA
Tel: 0 312 215 20 29 GSM. 554 536 49 00

Eşimin / Çocuğumun tedavisi – Tedavim dolayısıyla Vakfın Sosyal Yardım Yönetmeliğine göre tarafıma yapılacak sağlık yardımının aşağıda belirttiğim banka hesap numarama yatırılması hususunda gereğini arz ederim.

.... / / 2025

Adı ve Soyadı :

İmzası :

YARDIMIN YATIRILACAĞI (Yardımlı alacak kişinin)

- Banka - Şube :

- Hesap No :

- IBAN No. : TR

İŞ ADRESİ

.....

.....

İş Tel. :

EV ADRESİ

.....

.....

.....

Ev Tel. :

Cep Tel. :

NOT : Tedavi yardımınızın aksamaması için bilgilerinizi eksiksiz doldurarak istenilen belgeleri dilekçenize ekleyiniz.

EKLER :

- Vukuatlı Nüfus Kayıt Örneği (Üyenin)
- Tedavi harcaması tutarı, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun karşıladığı ve üyenin ödediği tutarın Hastane tarafından tasdikli belgesi.
- Fatura