

## Başvuru formu,

Tc Kimlik No :  
Adı Soyadı :  
Kimin Adına Başvuru  
Yapılacağı : Kendisi/Yakını  
İlaç Adı :  
e-Reçete No :  
Hasta TC Kimlik No :  
Hasta Adı Soyadı :  
Telefon 1 :  
Telefon 2 :  
Adres Bilgileri :  
EKLER :

Sosyal Güvenlik Kurumunun sunduğu hizmetlerden veya adıma gerçekleşen SGK Hizmetlerine ait iş ve işlemlerden yukarıda beyan ettiğim kayıtlı cep telefonuma ücretsiz SMS ile bilgi almak istiyorum.

Adı Soyadı  
Tarih  
İmza

- Adres Bilgilerine ilacın teslim edileceği açık adresin yazılması gerekmektedir.
  - Başvuru formunuz imzalanarak ekleri ile birlikte fakslayabilirsiniz.
- Fax: 0312 472 72 43