**FATURA VE BELGE TESLİM FORMU**

**Vakıf Üyesinin**

(Bu bölüm Vakfımız çalışan/emekli/dul/yetim üyeleri için doldurulmalıdır)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı** | **:** |  |
| **T.C. Kimlik No.** | **:** |  |
| **Vakıf Sicil No.** | **:** |  |
| **Telefon No.** | **:** |  |
| **E-Posta Adresi** | **:** |  |

**Düzenlenen Fatura**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Benim Adıma** |  |  | **Bakmakla Yükümlüm Adına (\*)** |  |
| (\*) Fatura bakmakla yükümlü adına ise aile bireyine ait aşağıdaki alanın doldurulması zorunludur. | | | | | |

**Bakmakla Yükümlü Aile Bireyinin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı** | **:** |  |
| **T.C. Kimlik No.** | **:** |  |
| **Yakınlık Derecesi** | **:** |  |

Aşağıda detayları yazılı şahsım/aile bireyim adına düzenlenmiş ilişikte yer alan fatura bedelinin Vakfınız kayıtlarında yer alan mevduat hesabıma ödenmesini rica ederim.

|  |
| --- |
| **Tarih:** |
| **İmza:** |

**Fatura Türü**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Muayene/Tedavi** |  |  | **Reçete** |  |  | **Diş Tedavisi** |  |

**Fatura Bilgileri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Düzenleyen Sağlık Kurumu** | **Tarihi** | **Tutarı** |
| 1 |  |  |  |
| .. |  |  |  |
| .. |  |  |  |
| .. |  |  |  |
| .. |  |  |  |
| .. |  |  |  |
| .. |  |  |  |