

Özel Belek MMT Hastanesi'nde yetkililerince, ziyaretçi ikramı, özel yemek, refakatçi ve içecek siparişi, kuru temizleme ve ütü, oda süsleme, estetik amaçlı berberlik ve kuaförlük, internet bağlantısı, ücrete tabi televizyon yayını ile gazete ve dergi temini ve 1.9 ilave ücret maddesi – 1.9.1/4 maddesine itafen kurumca finansmanı sağlanamayan sağlık hizmetlerinin;

a) Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından genel sağlık sigortası kapsamında bedeli karşılanacak sağlık hizmetleri kapsamına girmediği,

b) Özel Belek MMT Hastanesi'nin belirlemiş olduğu birim fiyatlar üzerinden hesaplanmak suretiyle ayrıca ücretlendirildiği ve bu ücretlere ilişkin fatura bedelinin tamamının tarafıma ödenmesi gerekeceği, yönünde tarafıma çok açık bir şekilde bilgi verilmiş olup, bu yönde taleplerim olması halinde bunların bedelini ödemem gerekeceğini anlamış durumdayım.

Bu bilinç çerçevesinde, protokol numarası ile Özel Belek MMT Hastanesinde gerçekleşen/gerçekleşecek olan tüm tedavi sebebiyle hastanede bulunduğum/bulduğumuz dönem içerisinde; bu hizmetlerden yararlanmayı ve bu hizmetler karşılığında Özel Belek MMT Hastanesi'nin belirlemiş olduğu birim fiyatlar üzerinden hesaplanacak toplam tutarın tamamını ödemeyi talep ediyorum.

Ayrıca yukarıda belirtilen talebime konu hizmet ve teslimatlar gereğince ödeyeceğim toplam tutarın tamamını veya bir kısmının Sosyal Güvenlik Kurumunca tarafıma geri ödenmeyeceğini bildiğimi de beyan ediyorum ve böyle bir ödeme yapılması talebinde bulunmayacağımı kabul ve beyan ediyorum.

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

Hizmet Adı	Adedi	Ücreti
Ziyaretçi İkrarı		
Özel Yemek/Kafeterya Hizmetleri		
Refakatçi		
Alakart Menü		
Kuru Temizleme Ve Ütü		
Oda Süsleme		
Kuaför(Berberlik)		
Psikolog Hizmeti		
Doğum Fotoğrafçılığı		
Özel Ambulans Hizmeti		
Diyetisyen Hizmeti		
İletişim Hizmeti(Internet,Ücretli Tvkanalı,Gazete,Dergi Vb.)		
Özel Hemşirelik Hizmeti		
VIP Oda		
Finansmanı Kurum Tarafından Sağlanamayan Hizmetler(Özel Hizmet)		
Toplam Tutar		

Aşağıdaki satıra el yazısı ile (Yukarıda belirtilen hususlar doğrultusunda ek olarak çıkabilecek her türlü ücreti ödemeyi kabul ve taahhüt ederek yapılmasını/uygulanmasını talep ediyorum.) yazınız.

.....

Hastanın veya hasta yakının :
 Adı ve Soyadı :
 T.C Kimlik No :
 Telefon No :
 Adres :
 İmza :