



**Özel Ekol Hastanesi**  
**ÜCRETLİ HİZMET KABUL BEYANNAMESİ**



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

Özel Ekol Hastanesi'nde, yukarıdaki tarih itibari ile almış olduğum tüm sağlık hizmetlerinin karşılığı olan ücretin tamamını kendim ödeyeceğimi SGK (Sosyal Sigortalar Kurumu) mensubu hastalara tanınan haklardan yararlanmak istemediğimi, **Ücretli Hasta (özel hasta) statüsünde işlem yaptırmayı kendi rızamla istediğimi beyan ederim. Aldığım hizmete yönelik SGK (Sosyal Sigortalar Kurumu) dan hiçbir talebim olmayacaktır.**

Hasta veya Hasta yakını Adı - Soyadı:

Telefon Numarası :

İmza :

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.FR.06</i>	<i>01.01.2008</i>	<i>01</i>	<i>07.12.2018</i>	<i>1 / 1</i>



**Özel Ekol Hastanesi**  
**ÜCRETLİ HİZMET KABUL BEYANNAMESİ**



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

Özel Ekol Hastanesi'nde, yukarıdaki tarih itibari ile almış olduğum tüm sağlık hizmetlerinin karşılığı olan ücretin tamamını kendim ödeyeceğimi SGK (Sosyal Sigortalar Kurumu) mensubu hastalara tanınan haklardan yararlanmak istemediğimi, **Ücretli Hasta (özel hasta) statüsünde işlem yaptırmayı kendi rızamla istediğimi beyan ederim. Aldığım hizmete yönelik SGK (Sosyal Sigortalar Kurumu) dan hiçbir talebim olmayacaktır.**

Hasta veya Hasta yakını Adı - Soyadı:

Telefon Numarası :

İmza :

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.FR.06</i>	<i>01.01.2008</i>	<i>01</i>	<i>07.12.2018</i>	<i>1 / 1</i>