

..... HASTANESİ

**Engelli Sağlık Kurulu Raporu Ücretlendirmesi
Bilgilendirme ve Onam Formu**

- Sayın Hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.

Engelli haklarından faydalanmak üzere talep edilen sağlık kurulu rapor ücreti, raporda herhangi bir engellilik oranı çıkmaması halinde tarafınızca ödenecektir.

Engelli çıkmamam halinde sağlık kurulu raporundan kaynaklanan giderlerin tarafımda ödeneceğini kabul ediyorum.

Tarih:

RAPOR TALEP EDENİN:

Adı-Soyadı:

İmza:

İLGİLİNİN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN:

Adı-Soyadı:

İmza:

- İlgilinin reşit olmaması halinde imzalanacaktır.

FORMU İMZALATAN YETKİLİNİN:

Adı-Soyadı:

İmza:

Ünvanı: