

KURULUŞ BİLGİLERİ

| | | | |
|--|------------|-----------------|--------|
| KURUM STATİK İP : | | | |
| Doktor Adı | | | |
| Şirket Adı (Varsa) | | | |
| Mükellef Türü | Gerçek [] | Tüzel [] | |
| Faturanızı Stopajlı Mı Düzenliyorsunuz | Evet [] | Hayır [] | |
| Uzmanlık Dalı | | Uzm. Tarihi | |
| Üst Uzmanlık Dalı | | Üst Uzm. Tarihi | |
| Akademik Unvan (Varsa) | | | |
| TC.Kimlik No | | | |
| Telefon | | | |
| Faks | | | |
| İl | | İlçe : | Semt : |
| Adres | | | |
| E-Posta | | | |
| Web Site | | | |

KURUM İLETİŞİM BİLGİLERİ

| KURUM YETKİLİLERİ | ADI-SOYADI | TELEFON | GSM | E-POSTA |
|-------------------------------|------------|---------|-----|---------|
| Provizyon İşlemleri Sorumlusu | | | | |
| Fatura ve Ödeme Sorumlusu | | | | |
| Klinik Sorumlusu | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Belirtilen iletişim bilgilerinde ve görevli kişilerde değişiklik olması halinde güncel bilgilerin anlaşmalıkurumlar@turkiyesigorta.com.tr e-posta adresi üzerinden bildirilmesini rica ederiz.

DOKTOR HİZMET BİLGİLERİ

| | |
|---|--|
| Kadrolu Çalıştığınız Sağlık Kuruluşu | |
| Anlaşmalı Çalıştığınız Sağlık Kuruluşu | |
| Yakınıınızda Bulunan Türkiye Sigorta AŞ Sağlık Sigortalı Grupları (Varsa) | |
| Anlaşmalı Sigorta Şirketleri | |

MUAYENEHANE BİLGİLERİ

| | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| Muayenehane Oda Sayısı | |
| Muayenehane Çalışma Saatleri | |
| Küçük Müdahale Oda Sayısı Var Mı | Var [] Yok [] |
| Laboratuar Hizmeti | Var [] Yok [] Var ise belirtiniz: |
| Görüntüleme Hizmeti | Var [] Yok [] Var ise belirtiniz: |

FORMU DOLDURANIN

| | |
|-------------------|--|
| ADI SOYADI | |
| UNVANI | |
| İMZASI | |