

KURULUŞ BİLGİLERİ**KURUM STATİK İP :**

Eczane Adı

Eczacı Adı Soyadı

TC Kimlik No

Kayıtlı Olunan Eczacı Odası

Eczacı Odası Sicil No

Kayıtlı Olunan Ticaret Odası

Ticaret Odası Sicil No

Eczane GLN No

Adres

Telefon

GSM No

E-Posta

Web Site

Eczacı Sayısı

Kalfa Sayısı

KURUM İLETİŞİM BİLGİLERİ FORMU**KURUM YETKİLİLERİ**

ADI-SOYADI

TELEFON

GSM

E-POSTA

Eczacı

Mesul Müdür

Özel Sağlık Sigortaları Sorumlusu

.....

.....

.....

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

KURUM ANLAŞMALARI

SGK Anlaşması

Var [] Yok []

Anlaşmalı Sigorta Şirketleri

Yakınıınızda Bulunan Sağlık Kuruluşları

Yakınıınızda Bulunan Türkiye Sigorta AŞ
Sağlık Sigortalı Grupları(Varsa)**FORMU DOLDURANIN**

ADI SOYADI

UNVANI

FORM EKİNDE GÖNDERİLMESİ GEREKEN BELGELER

Vergi Levhası	Diploma	Kimlik Fotokopisi	Ruhsat
Ticaret Odası Kayıt Belgesi	İmza Sirküleri		