………….Sosyal Güvenlik Merkezine

.../.../.... tarinde ............... Hastanesinde gerçekleşen..........işlemi için ...... TL ödeme yaptım.

Alınan ücretin fazla olduğunu düşünmekteyim, konunun araştırılarak yeniden hesaplanmasını istiyorum

 Ad Soyad:

Hasta T.C

İrtibat No:

Adres: