|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **T.C.****SOSYAL GÜVENLİK KURUMU** | **EK-20** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **KURUM SAĞLIK KURULU KARARINA İTİRAZ DİLEKÇESİ** |
|  | **SİGORTALI** | **HAK SAHİBİ** |
| T.C. KİMLİK NUMARASI |  |  |
| ADI SOYADI |  |  |
| SİCİL (SSK-Bağ/Kur-E.S.) |  |  |
| TAHSİS NUMARASI |  |  |

…../…../201…… ……………………………DAİRE BAŞKANLIĞINA…………… SOSYAL GÜVENLİK İL MÜDÜRLÜĞÜNE………….. SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİNE Kurumunuz sigortalısıyım.  Kurumunuz sigortalı çocuğuyum   Kurum Sağlık Kurulunca hakkımda verilen karara itiraz ediyor, dosyamın bir kez de ***Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu***nda görüşülmesini istiyorum. Gereğini arz/rica ederim.

|  |
| --- |
| **SİGORTALININ / HAK SAHİBİNİN** |
| **CEP TELEFONU** | **ADRES** | **AD-SOYAD/İMZA** |
| **E-POSTA** |
| **EK: 1** |
| **2** |

SGK hizmetlerinden SMS ile faydalanmak istiyorum. |