

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HE-FR-77 Yayın Tarihi :20.02.2024 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 1 / 1
	HASTA İADE FORMU	

Tarih:

Optimed Sağlık Grubu'ndan aldığım sağlık hizmeti nedeniyle yapmış olduğum hizmet bedeli ödemesinin
..... tutarını elden nakit teslim aldım.

İade Nedeni:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hastanın;

TC Kimlik Numarası:

Adı Soyadı:

Protokol Numarası:

İmza:

Veya

Hasta Yakınının;

Adı Soyadı:

İmza:

İşlemi Yapan Kullanıcı:

İmza: