

ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞU MÜRACAAT FORMU
Doktor

ERGO

Doktor Adı			
Ticari Ünvanı			
Telefon			
Faks			
Adres			
İlçe / İl			
E-Mail			
Web Sitesi			

Mezun Olduğunuz Tıp Fakültesi			
Uzmanlık Dalı			
İhtisas Yapılan Hastane			
Akademik Unvan	<input type="checkbox"/> Profesör	<input type="checkbox"/> Doçent	<input type="checkbox"/> Yrd. Doçent <input type="checkbox"/> Uzman

Staff Olarak Çalıştığınız Resmi Kurum	:	
Staff Olarak Çalıştığınız Özel Kurum	:	
Mesleğinizde Özel ilgi Alanlarınız	:	
Muayenehanede Yaptığınız Müdahaleler	:	
Muayenehanede Kullandığınız Cihazlar	:	
Çalışma Saatleriniz (Muayenehane)	:	
Çalışma Saatleri Dışında Aranmayı Kabul Ediyormusunuz ?	:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Yatarak Ted. İçin Tercih Ettiğiniz Hastaneler	:	
Önerdiğiniz Tanı Merkezleri	:	
Önerdiğiniz Eczaneler	:	

Anlaşmalı olduğunuz diğer kurumlar	
1.	7.
2.	8.
3.	9.
4.	10.
5.	11.
6.	12.

Ücretlendirme			
	Cari Fiyatınız *	Şirketimiz İçin Öneriniz *	Anlaşılan Oranlar
Muayene			
Ameliyat - Müdahale Ücreti			
Diğer İşlemler			
* İşlem fiyatları TTB'ye endeksli olarak belirtilmelidir.			

FORMU DOLDURANIN	
ADI SOYADI:	TARİH:
UNVANI:	İMZA :