

SAĞLIK YARDIMI BEYAN VE TAAHHÜTNAMESİ

Aşağıda işaretlediğim kurumdan veya ailemden sağlık yardımı almaktayım/herhangi bir sağlık yardımı almıyorum.

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| 1- | <input type="checkbox"/> | Genel Sağlık Sigortası Kapsamındayım |
| 2- | <input type="checkbox"/> | Annem veya Babam üzerinden sağlık yardımı almaktayım |
| 3- | <input type="checkbox"/> | Sosyal Sigortalar Kurumu'na tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var |
| 4- | <input type="checkbox"/> | Bağ-Kur'a tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var |
| 5- | <input type="checkbox"/> | Emekli Sandığı'na tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var |
| 6- | <input type="checkbox"/> | Herhangi bir sosyal güvencem olmadığından sağlık yardımı almıyorum |

Beyanımın doğruluğunu, durumumda değişiklik olması durumunda değişikliği hemen bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini taahhüt ederim.

Adı Soyadı:

T.C.Kimlik No:

Bölümü:

Öğrenci No:

İmza:

Tarih: