

# İADE MALZEMELERE İLİŞKİN FORM

## TAAHHÜTNAME

..... Hastanesinin ilişikte bulunan Sağlık Kurulu Raporu gereğince kullanılmak üzere tarafıma verilen veya ..... firmasından bedeli ödenerek alınan **OKSİJEN KONSANTRATÖRÜ / EV TİPİ NEBULİZATÖR / OKSİLAYT SİSTEMİ / MICRO İNFİZYON POMPASI / DESFERAL POMPASI / HOME VENTİLATÖR / PEAK FLOWMETRE / CPAP / BİPAP VE ISITMALI HUMİDİFİER, TAŞIMA STANDI, HORTUM VE BENZERİ BAĞLANTI ELAMANI / .....**'nın, ihtiyacın sona ermesi durumunda Bağ-Kur ..... İl Müdürlüğüne iade edeceğimi,

Kullanılması sırasında hasara uğraması halinde cihaz veya tamir bedelini, kaybolması veya çalınması halinde cihaz bedelini rayiç değer üzerinden ödeyeceğimi taahhüt ederim.

## TAAHHÜT EDENİN

(Sigortalı veya birinci derece yakını)

**Adı, Soyadı** :.....

**Tarih** :.....

**İmza** :

### **Sigortalının veya Haksahibinin**

Bağ-No :.....  
TC Kimlik No :.....  
Adı Soyadı :.....  
Vergi Sicil No :.....  
Yakınlığı :.....  
Adresi :.....  
.....  
Telefon :.....  
E-posta :.....