|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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. |