

---/ ---/ -----, _____

**T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
SGK _____ İL MÜDÜRLÜĞÜ**

_____,

Kurumunuz ile anlaşmalı sicil no'lu sağlık kuruluşu olarak Kurumunuzla yapılmış olan sözleşme kapsamında kurumunuz adına düzenlemiş olduğumuz fatura bedelleri karşılığı halen.....Bankası.....Şubesi.....hesabımıza almakta olduğumuz Sağlık Ödemelerinin bundan sonra işbu talimatımız ile aşağıda belirttiğimiz bankadaki hesabımıza aktarılması talebimizi bilgilerinize arz ederiz.

Saygılarımızla,

**Sağlık Kurumu Adı
Kaşe - İmza**

Sağlık Kurumu Sicil No	:	_____
Sağlık Kurumu Ticaret Ünvanı	:	_____
TCKN/VKN	:	_____
İletişim Adresi	:	_____
İletişim Numarası	:	_____
Sağlık Ödemesi Alınması Talep Edilen Yeni Banka	:	_____
Şube Adı / Kodu	:	_____
Hesap Numarası	:	_____

Ek;

- Ödemenin yapılmasını talep ettiğimiz yeni Banka hesabımıza ait hesap cüzdanı fotokopimiz.