

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İSTANBUL

.....tarihinde .....hastanesinden  
..... tarihinde .....hastanesinden

(hastanelerinden) almış olduğum sağlık kurulu raporunun (raporlarının)  
kararına itiraz etmekteyim. İtirazım sonucunda düzenlenecek olan raporumun ilk  
raporumdan farklı olması halinde Hakem Hastaneye gönderileceğim konusunda  
bilgilendirildim.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

İMZA :

TARİH :

ADI SOYADI :

İtiraz nedeni : Oran Süre Eksik Teşhis Ağır Engelli Evet Hayır

Raporun Kullanım Amacı :

İtiraz Edenin TC :

Yakınlık Derecesi :

Adres :.....

.....

.....

Ev Tel :

Cep Tel :