



## TAAHÜTNAME

Dokuman No:	YÖN.RB.03
Yayın Tarihi:	16.01.201
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

.....tarihinde.....Hastanesi'nde  
..... branşında , Dr .....  
Tarafından , tarafıma yapılması planlanan ..... İşlemi  
esnasında, Dr .....yanında, bildiğim  
tanıdığım, Dr.....da bulunmasını istediğimi ve  
bunun için .....Hastanesi'ne herhangi  
bir ilave ücret ödemediğimi/ödemeyeceğimi beyan ederim.

### HASTA BİLGİLERİ

TC. Kimlik No:  
Adı Soyadı:  
Tarih:  
İmza:

### HASTA YAKINI BİLGİLERİ

Yakınlık Derecesi:  
TC. Kimlik No:  
Tarih:  
İmza: