

Bu Form Öğrencinin adına ödenecek Sigorta Primi belirleyeceğinden Kişi beyanı esas olup formun eksiksiz doldurulması gerekmektedir.

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

T.C. Kimlik Numarası	
Adı Soyadı	
Bölümü	
Doğum Yılı	

ÖĞRENCİNİN SAĞLIK YARDIMI İLE İLGİLİ DOĞRULAYACAĞI BİLGİLER

Cinsiyet	Erkek <input type="checkbox"/>	Kadın <input type="checkbox"/>
25 Yaşımı Doldurdum	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

HANGİ SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANIYORSUNUZ?

(Yararlandığınız Sağlık Güvencesinin Karşısındaki Kutucuğa "X" ile işaretleyiniz)

Annem Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Yeşil Kartlıyım (Eski)	<input type="checkbox"/>
Genel Sağlık Sigortalıyım (GSS)	<input type="checkbox"/>
Başka Bir İşte Çalışıyorum (Kendim Sigortalıyım)	<input type="checkbox"/>
Evliyim Eşim Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam veya Annem Esnaf Ama Prim Borcu Var Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam veya Annem Çiftçi, Fakat Tarım Prim Borcu bulunduğundan dolayı Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="checkbox"/>

Üstteki bilgilerin doğruluğunu kabul eder sosyal güvencemin değişmesi durumunda Başkanlığınıza bildirmemem durumunda doğacak her türlü cezai durumu peşinen kabul ederim.

...../...../201...

İmza