

.....İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
..... İlçe Sağlık Müdürlüğü

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI TEŞVİK ÖDEMELERİ İTİRAZ FORMU

1. Teşvik kesintisinin ait olduğu ay/yıl :
2. Aile Hekimi/ASÇ Adı Soyadı :
3. ASM Adı :
4. AHB Kodu :
5. ÇKYS Numarası :
6. İtiraz edilen konu (Lütfen ilgili seçeneği işaretleyiniz)

- SİNA Modülü Kaynaklı :
- ÇKYS Modülü Kaynaklı :
- Fiili Çalışma Gün Sayısı Kaynaklı :

İtiraz Nedeni Konusunda Açıklama:

.....

.....

.....

.....

.....

Sözleşmeli Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarına Destek ve Teşvik Ödemeleri Yapılmasına İlişkin ilgili mevzuat çerçevesinde yapılan teşvik ödemeleri itiraz değerlendirmesinde, eksik / hatalı olduğunu tespit ettiğim belgeler ekte sunulmuş olup konunun tarafınızdan değerlendirilerek itirazımın sonuçlandırılması hususunda gereğini arz ederim./..../20....

- 7.Aile Hekimliği Birim No :
- 8.Adı Soyadı :
- 9.T.C. Kimlik No :

AH /ASE İmza- Kaşe

İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ SORUMLU HEKİMİ GÖRÜŞÜ (Bahse konu olan itiraz için SİNA ve ÇKYS Modülünde gerekli incelemeleri yaptıktan sonra değerlendirme sonucunu bildiriniz.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.../.../202...

Sorumlu Hekimi Adı Soyadı –İmza