

.....**DEFTERDARLIđI**
.....**MAL MÜDÜRLÜđÜ**

SAYI :

..... / / 200.

KONU:Özürlü veya Bakıma Muhtaç
Özürlü Aylığı.

.....**HASTANESİ BAŞTABIPLİğİNE**

2022 Sayılı Kanun uyarınca aylık bağlanması isteminde bulunan

...

.....aylık bağlanıp
bağlanmayacağıının tespit edilebilmesi için muayenesinin yapılarak, ekli 2 nüsha
rapor formunun doldurulup birinci nüshasının Kurumumuza gönderilmesini arz
ederim.

E K :

Boş Rapor Formu (2 adet)