AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ

DÖNER SERMAYE SAYMANLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Hasta adına yatan………………………-TL tedavi ücreti iadesinin aşağıda belirttiğim banka hesap numarasına aktarılmasını arz ederim.

HASTA ADI:

IBAN NUMARASI:

(YALNIZCA TÜRKİYEDEKİ BANKALAR)

IBAN SAHİBİNİN T.C. KİMLİK NUMARASI:

IBAN SAHİBİNİN TELEFON NUMARASI:

IBAN SAHİBİNİN ADI SOYADI:

IBAN SAHİBİ İMZA:

* Kredi kartı ile On-line ödemelerin, Hasta kaynaklı ya da Hastanemiz kaynaklı sebeplerden dolayı İADE edilmesi durumlarında; iade edilmesi gereken ücret en erken 21 gün ve sonrası için Hastanın veya Hasta yakınının IBAN numarasına yatırılmaktadır.
* Fakat Hastanın soyadı ile yakınının soyadı farklı ise IBAN veren yakınının İADE formuna kimlik fotokopisi eklemesi gereklidir.
* Kredi kartı ile yapılan On-line ödemelerin iadesi; Yatırmış olduğu ödemenin DEKONTUNUN alınarak ilgili Birime iadesinin gerekçesi yazdırılıp imzalatılarak İADE başvurusunda bulunması gereklidir.