../../20..

**ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ’NE**

Eskişehir …………………..Aile Sağlığı Merkezi’nde 26….... Nolu Aile Hekimi olarak görev yapmaktayım.

 23.05.2015 tarih ve 29364 Sayılı Resmi Gazete ’de yayımlanarak yürürlüğe giren Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1)’de Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tebliğ (2015/9)’in 1. Maddesi gereğince 20.. – 20.. yıl dönemi için yaptırmam gereken ZMSS tarafımdan yaptırılmış olup;

İlgili tebliğe göre ../../20...-../../20.. tarihleri arası içim ödemiş olduğum ZMSS primlerinin yarısının bedeli olan …. TL’nin kurumunuzdan aldığım maaş hesabıma yatırılması husussunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr …………… ………………..

imza

Ek: Prim ödeme evrakları