

## AŐI SORUMLULUK BEYANIDIR

\_\_/\_\_/2021 tarihinde saat \_\_: \_\_'te \_\_\_\_\_ T.C Kimlik numaralı \_\_\_\_\_'ye \_\_\_\_\_ Hastanesinde yapılan Biontech/Sinovac/Moderna/Sputnik V/Oxford-AstraZeneca marka ve \_\_\_\_\_ Seri No'lu Covid-19 aŐısının bir yan etki göstermesi durumunda sorumluluğun tarafıma ait olduğunu beyan ederim.

AŐı kaynaklı ölüm halinde 3.000.000 Türk Lirası Nakit kan bedeline, kalıcı fel için kalan ömür boyu asgari ücret tutarının iki katı maaŐı diğer sağlık problemleri için de aŐılanan Őahsın ilgili tedavi ve destek giderlerini tazmin etmeyi kabul ediyorum.

Sağlık Personeli/Doktor İsmi:

T.C. Kimlik No.:

Tarih:

İmza:

## AŐI SORUMLULUK BEYANIDIR

\_\_/\_\_/2021 tarihinde saat \_\_: \_\_'te \_\_\_\_\_ T.C Kimlik numaralı \_\_\_\_\_'ye \_\_\_\_\_ Hastanesinde yapılan Biontech/Sinovac/Moderna/Sputnik V/Oxford-AstraZeneca marka ve \_\_\_\_\_ Seri No'lu Covid-19 aŐısının bir yan etki göstermesi durumunda sorumluluğun tarafıma ait olduğunu beyan ederim.

AŐı kaynaklı ölüm halinde 3.000.000 Türk Lirası Nakit kan bedeline, kalıcı fel için kalan ömür boyu asgari ücret tutarının iki katı maaŐı diğer sağlık problemleri için de aŐılanan Őahsın ilgili tedavi ve destek giderlerini tazmin etmeyi kabul ediyorum.

Sağlık Personeli/Doktor İsmi:

T.C. Kimlik No.:

Tarih:

İmza: