

**TÜRK SAĞLIK SENDİKASI**  
**MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI**  
**BAŞVURU FORMU**

**SİGORTA ETTİREN**

**ÜYE**

ADI SOYADI :  
TC KİMLİK NO :  
SENDİKA ÜYE NO :  
TELEFON :  
E-POSTA :  
MESLEK :  
ÇALIŞTIĞI KURUM :

**KREDİ KARTI BİLGİLERİ**

POLİÇE PRİMİ seçiniz **350 TL** (200 bin teminatlı) ( ) **150 TL** (100 bin teminatlı) ( )  
BANKA ADI :  
KART SAHİBİ AD SOYAD :  
KART NO :  
SON KUL :  
ÖDEME ŞEKLİ seçiniz : TAKSİTLİ( ) PEŞİN ( )  
İMZA :

\*Başvuru formunu eksiksiz ve okunaklı doldurunuz.