



**TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ  
MERKEZ HEYETİ**



Sayı : 42.A.12/

Ankara,

Konu : 16 Haziran 2020 Tarihli SUT Değişikliğine İlişkin Olarak Bilgi Talebiniz Hakkında

**TEB 12. BÖLGE KAYSERİ ECZACI ODASI  
YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞINA**

16 Haziran 2020 tarihli, 31157 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ'de yapılan düzenlemelere ilişkin olarak, Odanızca T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü'ne iletilen ve bilgi istenilen konularla ilgili olarak Kurum tarafından Birliğimize gönderilen cevabi yazı ekte yer almaktadır.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Ecz.Arman ÜNEY  
Genel Sekreter

EKLER :

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü'nün yazısı (6 Sayfa)

D.Krasniç  
R.HİMMET

BELGENİN ASLI  
ELEKTRONİK İMZALIDIR  
24.9/2020  
Nilüfer ÖZER  
Genel Evrak Sorumlusu

Evrakı Doğrulamak İçin : [https://dys.teb.org.tr/enVision/validate\\_doc.aspx?V=BE8R39T42](https://dys.teb.org.tr/enVision/validate_doc.aspx?V=BE8R39T42)

TS-EN ISO 9001:2015 Belge No: KY-2570-03/10-R15

Mustafa Kemal Mah. 2147. Sk. No: 3 06510 Çankaya/ANKARA Tel: 0312 409 81 00 • Fax: 0312 409 81 09

e-posta: teb@teb.org.tr internet sayfası: www.teb.org.tr



T.C.  
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI  
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

Sayı : 89843079-104.03-E.10039718  
Konu : SUT Değişikliği Hk.

26/08/2020

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİNE  
Mustafa Kemal Mahallesi 2147 Sk. No: 3 06510  
Çankaya/ANKARA

- İlgi: a)26/06/2020 tarihli 2020/0100 sayılı 49.Bölge Yozgat Eczacı Odası yazısı.  
b)29/06/2020 tarihli 20/279 sayılı 28.Bölge Hatay Eczacı Odası yazısı.  
c)29/06/2020 tarihli 2020/223 sayılı 18.Bölge Trabzon Eczacı Odası yazısı.  
d)01/07/2020 tarihli 2020/0895 sayılı 12.Bölge Kayseri Eczacı Odası yazısı.  
e)07/07/2020 tarihli 09/0686 sayılı 27.Bölge Şanlıurfa Eczacı Odası yazısı.

16/06/2020 tarihli 31157 sayılı (Mükerrer) Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ'de yapılan düzenlemelere ilişkin olarak; Birliğinize bağlı 12. Bölge Kayseri, 18.Bölge Trabzon, 27.Bölge Şanlıurfa, 28.Bölge Hatay ile 49.Bölge Yozgat eczacı odalarından alınan ve birer örneği ekte yer alan ilgide kayıtlı yazılar incelenmiştir.

Bilindiği üzere Kurumumuzca finansmanı sağlanan ilaçların raporlama ve reçeteleme kriterleri ile ödeme usul ve esasları; 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 63 üncü ve 72 nci maddeleri gereği oluşturulan; Sağlık Bakanlığı, Hazine ve Maliye Bakanlığı, Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı temsilcilerinin de yer aldığı "Ödeme Komisyonu/Alternatif Geri Ödeme Komisyonu" ve "Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonları"nda klinik ve teknik veriler kullanılarak, kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet-etkililik ölçütleri de dikkate alınmak suretiyle ve konusunda uzman ilgili branş hekimlerinin görüşleri de alınarak değerlendirilmekte ve alınan nihai kararlar Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde yayımlanarak yürürlüğe girmektedir.

Söz konusu yazılarda görüş sorulan Sağlık Uygulama Tebliği'nin ilgili maddelerine ilişkin olarak;

**1.Büyüme hormonu bozukluklarının tedavisinde tam 2 yaşındaki hastanın yıllık büyüme hızı değerlendirmesinin ne şekilde olacağına ilişkin olarak;**

Sağlık Uygulama Tebliği'nin "4.2.6.A - Büyüme hormonu bozuklukları" maddesinde yer alan;

"4.2.6.A-1 - Çocuklarda;

a) Yıllık büyüme hızı;

1) 0-2 yaş aralığında 10 cm'nin altında,

268 20



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.  
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI  
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

2) 2.1-4 yaş aralığında 7 cm'nin altında,"

..... İbarelerinden de net bir şekilde anlaşılacağı üzere tam 2 yaşındaki hasta "4.2.6.A-1" maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin birinci alt bendi kapsamında değerlendirilmektedir.

**2. Büyüme hormonu bozukluklarının tedavisinde tedavinin devamı kıstaslarında epifiz hatlarının açık olması şartının yeterli olup olmadığı, sonlandırma kriterlerine ulaşıp ulaşılmadığının tespiti amacıyla düzenlenmiş olan devam raporlarında sonlandırma kriterlerinin her birinin olup olmayacağına ilişkin olarak;**

Sağlık Uygulama Tebliği'nin "4.2.6.A - Büyüme hormonu bozuklukları" maddesinde yer alan;

"4.2.6.A-1 - Çocuklarda:

.....

(3) Tedaviler aşağıda yer alan kriterlerin herhangi birinin varlığında sonlandırılır.

a) Epifiz hattı kapandığında,

b) Yıllık büyüme hızı 4 cm ve altında olduğunda,

c) Boy uzunluğu kızlarda 157 cm'ye erkeklerde 168 cm'ye ulaştığında,

ç) Kemik yaşı kızlarda 14, erkeklerde 16 yaşa ulaştığında." ibarelerinden de anlaşılacağı üzere "4.2.6.A-1" maddesinin üçüncü fıkrasının (a), (b), (c) ve (ç) bentlerinde yer alan sonlandırma kriterlerine ait bilgilerin tamamının ilaç kullanım raporlarında belirtilmesi, sonlandırma kriterlerinden herhangi birinin gerçekleşmiş olması halinde, tedaviye devam edilmek istenilmesi durumunda bedellerinin Kurumumuzca karşılanamayacağı değerlendirilmektedir.

**3. Spesifik immünglobulinlerin kullanımında, HBIg idame tedavileri için düzenlenen her reçetede HBsAg veya HBV DNA sonuçlarının güncel değerler olup olmayacağı, spesifik immünglobulinlerin kullanım ilkelerinde yer alan ve açıkça gün belirlenen kriterlerin ne şekilde değerlendirileceği, bahse konu Sağlık Uygulama Tebliği düzenlemesi öncesi ilaç kullanım raporlarını da kapsayıp kapsamadığına ilişkin olarak;**

Sağlık Uygulama Tebliği'nin "4.2.12-İmmünglobulinlerin kullanım ilkeleri" maddesinde yer alan;

"4.2.12.A- Spesifik immünglobulinlerin kullanım ilkeleri

.....

ç) HBIg idame tedavileri için düzenlenen her reçetede HBsAg veya HBV DNA sonuçları yer almalıdır:

1) HBsAg veya HBV DNA sonucunun pozitif olması durumunda HBIg tedavisi sonlandırılır." hükümlerine istinaden düzenlenen her reçetede güncel "HBsAg veya HBV DNA" değerlerin bulunması gerektiği,

.....

"c) Düşük ve yüksek risk grubundaki hastalara karaciğer naklinden sonra;

1) 7 gün boyunca her gün 2.000 IU HBIg kullanılabilir. Nakilden 7 gün sonra HBsAg ve AntiHBs düzeylerine bakılır. HBsAg negatif olması durumunda ve/veya AntiHBs düzeyi > 100 IU/l ise aylık 2.000 IU HBIg idame tedavisi uygulamasına geçilir.

2) Nakilden 7 gün sonra HBsAg pozitif olması durumunda ve/veya AntiHBs



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

26 8 20



T.C.  
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI  
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

düzeyi < 100 IU/l 7 gün boyunca her gün 2.000 IU HBİg kullanılabilir. Nakilden 14 gün sonra AntiHBs düzeylerine yeniden bakılır. AntiHBs düzeyi > 100 IU/l ise aylık 2.000 IU HBİg idame tedavisi uygulamasına geçilir....." hükümlerinde açıkça yer alan ve gün belirlenen uygulamalar ve pozoloji için nakilden 7 gün sonra "HBsAg ve AntiHBs" düzeylerine bakılması gerektiği,

"2) Düşük risk grubu hastalarda her halukarda karaciğer naklinden 1 yıl, yüksek risk grubu hastalarda karaciğer naklinden 5 yıl sonra HBİg tedavisi sonlandırılır." hükmüne ilişkin uygulamanın nakil tarihi itibarıyla hesaplanması, Sağlık Uygulama Tebliği düzenlemesi öncesi nakilleri de kapsamakta olduğu ve bu hükümde belirtilen sürelerle uyulması gerektiği değerlendirilmektedir.

**4. Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (IVIg ve subcutan immünglobulinler) maddesinde IV formundaki immünglobulinlerin ilgili maddenin (g) ve (ğ) bentlerindeki endikasyonlarda ödenmesinde bir kısıt olup olmadığına ilişkin olarak;**

Sağlık Uygulama Tebliğinin "4.2.12.B - Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (IVIg ve subcutan immünglobulinler)" başlıklı maddesi ile intravenöz, intravenöz/subkütan veya subkütan yolla uygulanan immünglobulinlerin Kurumumuzca karşılanma kuralları belirlenmiş olup bu kapsamda intravenöz veya intravenöz/subkütan yolla uygulanan immünglobulinler ilgili maddenin birinci fıkrasında yer alan;

"a) *Pediyatrik HIV enfeksiyonunda pediyatrik enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi tarafından,*

b) *Guillan-Barre sendromunda, bulber tutulumu olan myastenia graviste nöroloji uzman hekimi tarafından,*

c) *Gebeliğe sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve ITP (Primer İmmün Trombositopeni) beraberliğinde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi ve hematoloji uzmanı tarafından,*

ç) *Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin nasokomiyal enfeksiyonları ile anne ve fetus arasındaki kan grubu uyumsuzluklarında hemolizin azaltılmasında, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından,*

d) *Yoğun bakımda yatan hastalarda antibiotik tedavisine yardımcı olarak şiddetli bakteriyel enfeksiyonlarının (sepsis ve septik şok) tedavisinde ilgili uzman hekimi tarafından,*

e) *Nörolojik hastalıklardan; myastenik kriz, limbik ensefalit, opsoklonus-myoklonus, eaton lambert sendromu, rasmussen ensefaliti, stiff person sendromunda nöroloji uzman hekimleri tarafından,*

f) *Kronik İnflamatuvar Polinöropati (CIDP) ve Multifokal Motor Nöropati (MMN) endikasyonlarında ise steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarında nöroloji uzman hekimleri tarafından,*

*1 yıl süreyle düzenlenen, yukarıdaki bentlerde belirtilen ilgili uzman hekim raporuna istinaden ilgili bentlerde belirtilen uzman hekimlerce 1 aylık dozda reçete edilebilir. Bu endikasyonlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranmaz." hükümlerinde belirlenen kurallara uygun olarak Kurumumuzca finanse edilmektedir.*



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ziyabey Cad. No:6 Balgat Çankaya/Ankara  
Telefon No: (0312) 207-8241 / 8241 Faks No: (0312) 207-8165  
E-Posta: gssgm\_idb@sgk.gov.tr İnternet Adresi: www.sgk.gov.tr

Bilgi için: Dr. İ. Tuncay ALKAN  
Şb.Md.V.

Telefon No: (0312) 207-8241 / 8241

Evrakın e-imzalı hali <https://uyg.sgk.gov.tr/DYSEvrakDogrulamaWEB> adresinden 831c-8058-3c4d-8534-6c28 kodu ile teyit edilebilir.



T.C.  
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI  
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

Intravenöz veya intravenöz/subkütan yolla uygulanan immunglobulinler; "4.2.12.B" maddesinin (a), (b), (c), (ç), (d), (e) ve (f) bendlerinde açıkça kuralları belirlenen endikasyonların yanısıra aynı maddenin ikinci fıkrasında bulunan;

"Sağlık Bakanlığınca onaylı diğer endikasyonlar için; hematoloji, tıbbi onkoloji, enfeksiyon hastalıkları, immünoloji veya romatoloji ve nefroloji uzman hekimleri, üniversite ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise bu hekimlere ilave olarak iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından 1 aylık dozda reçete edilir. (Birdshot retinokoroidopati endikasyonu ödenmez.)" hükümleri kapsamında da Kurumumuzca finanse edilmektedir.

Uygulama yolu yalnızca **subkütan olan** ve intravenöz uygulama yolu bulunmayan immunglobulinler ise aynı maddenin birinci fıkrasında bulunan;

"g) Antikor üretim bozukluğunun görüldüğü primer immün yetmezlik sendromlarında hematoloji, göğüs hastalıkları veya immünoloji ve alerji uzman hekimleri tarafından,

ğ) Profilaktik antibiyotiklerin başarısız veya kontrendike olduğu kronik lenfositik lösemi (KLL) hastalarındaki hipogamaglobulinemi ve rekürren bakteriyel enfeksiyonlarda veya multipl miyelom (MM) hastalarındaki hipogamaglobulinemi ve rekürren bakteriyel enfeksiyonlarda veya allojenik hematopoietik kök hücre transplantasyonu öncesinde veya sonrasında hipogamaglobulinemi endikasyonlarında hematoloji veya çocuk hematolojisi ve onkolojisi uzman hekimleri tarafından,

1 yıl süreyle düzenlenen, yukarıdaki bentlerde belirtilen ilgili uzman hekim raporuna istinaden ilgili bentlerde belirtilen uzman hekimlerce 1 aylık dozda reçete edilebilir. Bu endikasyonlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranmaz." hükümleri kapsamında Kurumumuzca finanse edilmektedir.

**5.(4.2.15.D-1)-"Dabigatran, rivaroksaban, edoksaban ve apiksaban" maddesinde sözü geçen risk faktörlerinin hastanın ayrıca düzenlenmiş bir raporu ile belgelendirilmiş ise antikoagülan raporunda ayrıca belirtilmesine ve hasta yaşının MEDULA' da var olmasına rağmen yeni çıkacak rapora ayrıca yazılmasının gerekli olup olmadığı ile aynı maddenin ikinci bendinde yer alan "en az birinin kardiyoloji veya nöroloji uzman hekimisi olması koşuluyla, kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi ve nöroloji uzman hekimlerinden en az üçünün bulunması" ifadesine ilişkin olarak;**

Sağlık Uygulama Tebliğinin 4.2.15.D-1- "Dabigatran, rivaroksaban, edoksaban ve apiksaban" başlıklı maddesinde yer alan;

(1)"Sağlık kurulu raporunda belirtilmek kaydıyla; inme veya geçici iskemik atak öyküsü,  $\geq 75$  yaş, kalp yetmezliği NYHA Sınıf  $\geq II$ , diabetes mellitus veya hipertansiyon durumlarından bir ya da daha fazlasına sahip olan orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda;

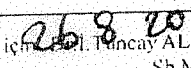
a) En az 2 ay süre ile varfarin kullanılmamasından sonra en az birer hafta aru ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulmadığı durumlarda varfarin kesilerek dabigatran veya rivaroksaban veya apiksaban veya edoksaban tedavisine geçilebilir.

b) Varfarin tedavisi altında iken serebrovasküler olay geçirenlerde doğrudan dabigatran veya rivaroksaban veya apiksaban veya edoksaban tedavisine geçilebilir.



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ziyabey Cad. No:6 Balgat Çankaya/Ankara  
Telefon No: (0312) 207-8241 / 8241 Faks No: (0312) 207-8165  
E-Posta: gssgm\_idb@sgk.gov.tr İnternet Adresi: www.sgk.gov.tr

Bilgi için:  Tuncay ALKAN  
Şb.Md.V.

Telefon No: (0312) 207-8241 / 8241

Evrakın e-izmihi hali <https://uyg.sgk.gov.tr/DYS/EvrakDogrulamaWEB/> adresinden 831c-8058-3c4d-8534-6c28 kodu ile teyit edilebilir.



T.C.  
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI  
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

(2) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği; en az birinin kardiyoloji veya nöroloji uzman hekimi olması koşuluyla, kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi ve nöroloji uzman hekimlerinden en az üçünün bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir."

.....  
hükümleri doğrultusunda; "sağlık kurulu raporunda belirtilmek kaydıyla" ve "yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği" ifadeleri ile istenilen kriterlerin raporun açıklamalar bölümünde yer alması gerektiği belirtilmekte olup "en az biri kardiyoloji veya nöroloji uzman hekimi olması koşuluyla..." ifadesi ise raporda yer alan hekimlerden birinin kardiyoloji veya nöroloji uzman hekimi olması koşulu ile diğer branşların aynı veya ayrı ayrı olabileceği anlamını taşımaktadır.

**6. Fosfomisin etken maddeli ilaçların oral formlarının "sadece alt üriner sistem enfeksiyonlarında 10 gün için en fazla 2 kutu" açıklaması şartının sadece bu enfeksiyonda mı ödeme kapsamında olduğuna ilişkin olarak;**

Sağlık Uygulama Tebliği Eki (EK-4/E) Sistemik Antimikrobik Ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesinde (28.1.) maddesi ile, "Fosfomisin (oral formları) "sadece alt üriner sistem enfeksiyonu tedavisinde 10 gün içinde en fazla 2 şase kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır" düzenlemesi sağlanmış olup "fosfomisin" içeren oral formülü ilaçların Sağlık Bakanlığında onaylı terapötik endikasyon bilgilerinde "...fosfomisine duyarlı patojenlerin neden olduğu komplike olmamış alt üriner sistem enfeksiyonlarının tedavisinde endikedir. Yetişkin erkek ve kadınlardaki alt üriner sistem enfeksiyonlarını da içeren idrar yolu enfeksiyonlarının diyagnostik ve cerrahi girişimlerinin profilaksisinde kullanılır..." ibarelerinin yer aldığı görülmekte ve MEDULA provizyon ekranında "432-Alt üriner sistem enfeksiyonu" uyarı kodu kapsamında değerlendirilmektedir. Alt üriner sistemin enfeksiyonuna ilişkin uygun ICD-10 tanı kodlarının bulunması veya "alt üriner sistem enfeksiyonu" ifadesinin olması halinde reçetelerin geri ödemesi mümkün bulunmaktadır.

**7.Modafinil tedavisinde narkolepsi tanısı dışında başlangıç kriteri aranmadığı hususuna ilişkin olarak;**

Sağlık Uygulama Tebliği Eki (EK-4/F) Ayakta Tedavide Sağlık Raporu İle Verilebilecek İlaçlar Listesi (72.1.) maddesi, "Modafinil yalnızca; (a) Narkolepsi tanısı almış hastalarda tedaviye başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır...." kriteri kapsamında "narkolepsi" tanısı şartı ile ilacın geri ödemesi bulunmaktadır.

**8. (12.Bölge Kayseri Eczacı Odasının ilgi yazısında yer almaktadır) Tebliğin 4.2.33- "Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri" başlıklı maddesinin birinci fıkrası (a) bendinde yer alan ".....Patolojik Miyopiye (PM) bağlı Koroidal Neovaskülarizasyondan (KNV) kaynaklanan görme bozukluğunun tedavisinde bevacizumab yükleme dozu uygulaması şartı aranmaz." ifadesi ile 4.2.33-C-"Patolojik Miyopiye (PM) bağlı Koroidal Neovaskülarizasyondan (KNV) kaynaklanan görme bozukluğunun tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri" başlıklı maddesinin birinci fıkrasında yer alan "Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye başlanır...." ifadelerinde çelişki olduğuna ilişkin olarak;**

Sağlık Uygulama Tebliğinin "4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri" başlıklı maddesi birinci fıkrası (a) bendinde yer alan;

(a).....Patolojik Miyopiye (PM) bağlı Koroidal Neovaskülarizasyondan (KNV)



Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ziyabey Cad. No:6 Balgat Çankaya/Ankara  
Telefon No: (0312) 207-8241 / 8241 Faks No: (0312) 207-8165  
E-Posta: gssgm\_idb@sgk.gov.tr İnternet Adresi: www.sgk.gov.tr

26 8 20  
Bilgi için: Dr.İ. Tuncay ALKAN  
Şb.Md.V.  
Telefon No: (0312) 207-8241 / 8241

Evrakın e-imzalı hali <https://uyg.sgk.gov.tr/DYSEvrakDogrulamaWEB/> adresinden 831c-8058-3c4d-8534-6c28 kodu ile teyit edilebilir.



T.C.  
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI  
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

*kaynaklanan görme bozukluğunun tedavisinde bevacizumab yükleme dozu uygulaması şartı aranmaz." ifadesi yükleme dozunun aranmayacağını belirtmekte olup tedaviye başlanmayacağı anlamını taşımamaktadır.*

Bilginizi, adı geçen Odalara Birliğinizce bilgilendirilme yapılması hususunda gereğini rica ederim.

Dr. Mustafa ÖZDERYOL  
Kurum Başkanı a.  
Genel Müdür

EK: 12 sayfa



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

268 20

Ziyabey Cad. No:6 Balgat Çankaya/Ankara  
Telefon No: (0312) 207-8241 / 8241 Faks No: (0312) 207-8165  
E-Posta: [gssgm\\_idb@sgk.gov.tr](mailto:gssgm_idb@sgk.gov.tr) İnternet Adresi: [www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr)

Bilgi için: Dr.İ.Tuncay ALKAN  
Şb.Md.V  
Telefon No: (0312) 207-8241 / 8241

Evrakın e-imzalı hali <https://uyg.sgk.gov.tr/DYS/EvrakDegrulamaWEB/> adresinden 831c-8058-3c4d-8534-6c28 kodu ile teyit edilebilir