…/…./….

**T.C.**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**

**ŞANLIURFA SOSYAL GÜVENLİK İL MÜDÜRLÜĞÜ**

**ŞANLIURFA SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ**

 Kurumunuzun Medula Provizyon sisteminden sonlandırma yaptığım …………. Döküm Nolu …….. grubu …/…/… tarihli fatura sonlandırma işleminin iptalini istiyorum.

 Gereği bilgilerinize arz olunur.

Adres :

 …/…./….

 Ecz.

Eczane Sicil No :