T.C.

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI

Kavaklıdere Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü

Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi

 Kurumunuzla anlaşmalı 1863……. sicil numaralı ………………eczanesinin sahibi ve mesul müdürüyüm. Eczaneme ait kesinti yapılan reçetelerle ilgili kurumunuzda …./.…/…..tarihinde yapılacak olan eczane kesinti itiraz komisyonuna iş yoğunluğum nedeniyle katılamayacağım gereğini,

 Bilgilerinize arz ederim.

…./.…/…..

 İmza/Kaşe