…/…./….

**T.C.**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**

**ANKARA SOSYAL GÜVENLİK İL MÜDÜRLÜĞÜ**

**KAVAKLIDERE SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİ**

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

 Gereği bilgilerinize arz olunur.

Adres :

 Ecz.

Eczane Sicil No :