TEB 5. BÖLGE KONYA ECZACI ODASI BAŞKANLIĞINA

KONYA

Tarafınızca sıralı olarak dağıtılan kan ürünleri reçetelerini karşılamak üzere eczanemin kan ürünleri reçete sıralarına dahil edilmesini talep ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Eczane Telefon Numaram :

Tarih :

Ad Soyad / Kaşe / İmza :