TEB 5. BÖLGE KONYA ECZACI ODASI BAŞKANLIĞINA

KONYA

Tarafınızca sıralı olarak dağıtılan Selçuklu İsmil Bakım Merkezi reçetelerini karşılamak üzere eczanemin Selçuklu İsmil Bakım Merkezi reçete sıralarına dahil edilmesini talep ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Eczane Telefon Numaram :

Cep Numaram :

Tarih :

Ad Soyad / Kaşe / İmza :