5. BÖLGE KONYA ECZACI ODASI BAŞKANLIĞINA

KONYA

Aşağıda açık bilgileri yazılı icmal onayının tarafınızca iptal edilmesini talep ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Reçete Tipi :

İcmal Dönemi (Ay) :

İcmalde Bulunan Reçete Adeti :

İcmal Toplam Tutarı (TL) :

İptal Gerekçesi :

 Tarih

Ad Soyad / Kaşe/İmza

Not:

* İcmal iptal gerekçesi detaylı olarak (SGK İşlem numaraları, reçete adeti vb.) belirtilecektir.
* Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra C Grubu Medula İcmal Listesi Eczacı Odasına kaşe ve imzalı olarak beyan edilecektir.