|  |
| --- |
| **T.C.** |
| **SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI** |
| **İzmir Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü** |
| **Kordon Sosyal Güvenlik Merkezi** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Müdürlüğünüze aşağıda döküm numarası bulunan ( ……….………/ 20.... ) dönemine ait reçetelerin İşlemlerinin yapılarak bedelinin tarafıma ödenmesini arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REÇETE GRUBU | DÖKÜM NUMARSI | REÇETE ADEDİ |
| A GRUBU |  |  |
| B GRUBU |  |  |
| C GRUBU |  |  |
| YURTDIŞI ALMANYA |  |  |
| YURTDIŞI AVUSTURYA |  |  |
| YURTDIŞI BELÇİKA |  |  |
| YURTDIŞI FRANSA |  |  |
| YURTDIŞI HOLLANDA |  |  |
| MEDİKAL-TIBBİ MALZ |  |  |
| MEDİKAL-HASTA ALT BEZİ |  |  |
| MEDİKAL-HAZIR ORT/PRT. |  |  |
| YURTDIŞI MANUEL |  |  |
| KAN ÜRÜNÜ |  |  |

ECZANE ADI :

ECZANE SİCİLİ :

 Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu onaylarım.

KAŞE/İMZA