…./…./20….

**T.E.B. 46. BÖLGE UŞAK ECZACI ODASI**

**YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI’NA**

……...…………………….…bölgesi……………………………eczanesi sahip ve mesul müdürüyüm. …………………………………………………………………………………….reçete tipinde bölgemizde limit sorunu yaşanmaktadır.

Limit artışı için gereğini arz ederim.

Eczane SGK Sicil No: ….…... Eczane Kaşe-İmza

Eczane Adı :

Eczacı Adı Soyadı: