…./…./20….

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

**YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI’NA**

C grubunda……...…… ………………ayı icmal dönemi…………………………………………………………………………….reçete tipine ait Farmainbox Reçete Tevzi Sistemi dönem sonlandırma işleminin…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

nedeniyle iptal edilmesini arz ederim.

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

Eczane Adı ve Bölgesi:

Eczacı Adı Soyadı:

*Fax:* 0 276 227 42 89

*Mail:* yonetim@usakeczaciodasi.org.tr