

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
GENEL SAĞLIK SİGORTASI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
KAVAKLIDERE İL MÜDÜRLÜĞÜ
ANKARA

Kurumunuzun _____ sicil numaralı anlaşmalı eczanesiyim. __ / __ / ____
tarih ve _____ fatura numarasına ait olmak üzere . __ / __ / ____ tarihinde
sonlandırmış olduğum _____ numaralı __ grubuna ait doküman iptali için gereğini
arzederim.

Saygılarımla,

Adres:

Tel:

Adı Soyadı

İmza – Kaşe