

KAVAKLIDERE SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİ
ANKARA

Kurumunuzun _____ sicil numaralı anlaşmalı eczanesiyim. ____/____/____
tarih ve _____ fatura numarasına ait olmak üzere . ____/____/____ tarihinde
sonlandırmış olduğum _____ numaralı__ grubuna ait döküm iptali için gereğini
arz ederim.

Saygılarımla,

Adres:

Tel:

Adı Soyadı

İmza - Kaşe

SGK Faks: 222 50 30