

..... İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

2019 yılı ..... ayında tarafımızca karşılanan kontrole tabii (kırmızı-yeşil mor-turuncu, AntiTNF) reçeteler, bu reçetelere ait bildirim formları ve ilgili sağlık raporları ekte sunulmuştur.

Gereğini arz ederim.

..... Eczanesi  
Sahip ve Mesul Müdürlüğü  
Tel:  
Mail:

Tarih:  
Ad Soyad:  
İmza

**EKLER**

- 1) Bildirim Formu (.....) adet Kırmızı Recete (.....) adet Rapor (.....) adet
- 2) Bildirim Formu (.....) adet Yeşil Recete (.....) adet Rapor (.....) adet
- 3) Bildirim Formu (.....) adet Mor Recete (.....) adet Rapor (.....) adet
- 4) Bildirim Formu (.....) adet Turuncu Recete (.....) adet Rapor (.....) adet
- 5) Bildirim Formu (.....) adet AntiTNF Recete (.....) adet Rapor (.....) adet