**MİLLİ SAVUNMA BAKANLIĞI SAĞLIK DAİRESİ**

**BAŞKANLIĞINA**

Kurumunuzdan sağlık hizmeti alma hakkına sahip kişilere ait reçete tutarları doğrultusunda, usulüne uygun olarak düzenlemiş olduğum Fatura ve Ek’lerine ait Tahakkuk edecek alacağım ile % 20 Hasta Katılım Payı tutarlarının aşağıda belirttiğim banka ve hesap numarasına yatırılmasını arz ederim.

 İMZA

 TARİH

 KAŞE

**ECZANEYE VE MESUL MÜDÜR ECZACIYA AİT BİLGİLER**

**ECZANENİN ADI :**

**ECZACININ ADI SOYADI :**

**T.C. KİMLİK NO :**

**VERGİ DAİRESİ :**

**VERGİ NUMARASI :**

**ECZANENİN ADRESİ :**

**TELEFON NUMARASI :**

**FAKS NUMARASI :**

**ECZACIYA AİT BANKA BİLGİLERİ**

**BANKANIN ADI :**

**ŞUBE ADI :**

**ŞUBE ADRESİ :**

**HESAP NUMARASI :**

NOT: BU FORM ARİAL 12 FONT DA BÜYÜK HARF KULLANILARAK BİLGİSAYAR İLE DOLDURULACAK VEYA HAZIRLANACAKTIR.