**MERSİN İL GÖÇ İDARESİ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Mersin İl Göç İdaresi Müdürlüğünün geçici koruma altındaki yabancılara ilişkin sağlık hizmetleri kapsamında Şubat 2020 dönemine ait ………………………….. Eczanesi adına yapılacak …………,00 TL ödemenin …………………………………….... T.C. kimlik numarama ait TR…………………………………………….. Iban numaralı hesabıma aktarılması hususunu;

 Bilgilerinize arz ederim.

 Adı Soyadı

 Tarih

 Kaşe / İmza