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 : 0-312-222 50 30

e-posta : kavaklideressgm@sgk.gov.tr