T.C.

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI KAVAKLIDERE SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ**

E reçete No:

|  |  |
| --- | --- |
| HASTANIN KURUMU |  |
| HASTANIN ADI SOYADI |  |
| T.C. KİMLİK NO: |  |
| DOZU HATALI GİRİLEN İLACIN SİSTEME KAYIT TARİHİ |  |
| DOZU HATALI GİRİLEN İLACIN ADI: |  |
| HATALI GİRİLEN DOZ |  |
| DOĞRU DOZ |  |

Hatalı girilen ilaç dozunun düzeltilmesi ve hasta mağduriyetinin giderilmesini saygılarımla arz ederim.

Adres:

Tel:

…./…./…. Adı Soyadı

EK:

1. **Yeni tarihli reçete (e-reçete ise numarası yeterlidir)**

İmza (Eczaneden gönderildi

ise eczanenin sicil numarası)

1. **Doğru dozu içeren rapor (e-rapor ise ekte gönderilmesine gerek yoktur)**

Faks numarası: 0 312 222 5030

e-posta : eczdanis@sgk.gov.tr

UYARI: İmzasız dilekçe kabul edilmemektedir.