**T.C.**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU İL MÜDÜRLÜĞÜ**

**SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİ**

**ANTALYA**

 **......./......./........ tarih ve ............................ fatura numarasına ait olmak üzere ........./........./......... tarihinde sonlandırmış olduğum ...............................döküm numaralı ............................ grubuna ait doküm listesini iptal ettirmek istiyorum.**

 **Gereğini bilgilerinize arz ederim.**

 **Tarih:
 Kaşe-İmza**