**T.C**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**

**ANTALYA SOSYAL GÜVENLİK İL MÜDÜRLÜĞÜ**

**ANTALYA SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİ**

“Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamındaki Kişilerin Türk Eczacıları Birliği Üyesi Eczanelerden Tıbbi Malzemelerin Teminine İlişkin Sözleşme” hükümlerine istinaden temin ettiğim **…...…/…..../**2017...**........../…..…/**2017 tarihleri arası **……….…**ayı dönemi fatura muhteviyatlarının **………….…………………….………**Bankası **……..…………………..………………..**Şubesi **TR……………………………..……………………**  hesap numarasına ödenmesini arz ederim.

**Reçete Adedi Fatura Tutarı Referans No Eczane Kodu**

**1.Grup …….. …………. ₺ …….. 1807 ……**

**2.Grup …….. …………. ₺ …….. 1807 ……**

**3.Grup …….. …………. ₺ …….. 1807 ……**

**Eczane Adı :**

**Eczane Adresi:**

**Mesul Müdür Adı ve Soyadı :**

**Tarih :**

**Kaşe ve İmza:**

**Ekler : 1-** İcmal Listesi(Tüm dökümlerden 2 nüsha olacak şekilde)

**2- …..** Adet Fatura (2 nüsha)

**NOT:** **Bu dilekçe 2 nüsha olarak düzenlenip, reçete teslim klasörünün üzerine eklenecektir. Klasör etiketi üstünde; reçetenin grubu (I, II, III grup şeklinde belirtilecek), eczanenin kurum tarafından verilmiş 1807’li kod numarası, satış merkezinin adı, iletişim bilgileri, fatura dönemi belirtilmek zorundadır.**