

**Antalya Eczacı Odası Yönetim Kurulu Başkanlığı'na**

Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ayı icmal dönemi \_\_\_\_\_ reçetelerine  
ait FarmaInbox Reçete Tevzi Sistemi dönem sonlandırma işleminin iptal edilmesini arz  
ederim.

İptal gerekçesi:

**Eczane Kaşe-İmza**

Faks: 0 (242) 321-0650