

Antalya Eczacı Odası Yönetim Kurulu Başkanlığı'na

Tarih: ____/____/____

Antalya Eczacı Odası tarafından okunan _____
reçetesini karşılayamayacağımı bildirir, sıramın atlatılmasını arz ederim.

Eczane Kaşe-İmza

Faks: 0 (242) 321-0650