

T.C

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI

İstanbul Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü

Süreyyapaşa Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi

Faturalarımın kontrolünde Örneklemeye Yönteminin kullanılmaması için gereğini arz ederim.

Eczacı Adı:

Eczane Adı:

SGK Sicil No:

Tarih:

Kaşe ve imza: