

Ecz.Zehra LAİKGİL'in Dikkatine!

(KAN ÜRÜNÜ,(A) VE (B) GRUBU REÇETELERİ İÇİN İTİRAZ DİLEKÇE FORMATI)

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
ADANA SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİ
ADANA

Aşağıdaki bilgileri verilen reçetelere ait kesintilerin, itiraz gerekçelerinin dikkate alınarak tekrar incelenmesi için;

Gereğini arz ederim.

:/...../2010

ECZANE ADI VE İLÇESİ :

ECZANE SİCİL NO :

DÖKÜM NO :

MESAJ TARİHİ : .../.../2010

(ÖNEMLİ NOT:Lütfen itirazınızı SGK ve Eczacı Odamıza mesaj tarihinden itibaren (mesaj tarihi dahil) 5 işgünü içinde iletiniz SGK Fax No:0.322.4323926-4326502)

KESİNTİ ORANI % :

İTİRAZIN SONUCUNDA (Red veya Kabul) KESİNTİ ORANI UYGUN İSE REÇETELERİN : TAMAMI İNCELENSİN Mİ?

EVET

HAYIR

REÇETE İŞLEM NO	İTİRAZA KONU İLAÇ VE İTİRAZ GEREKÇESİ

ECZANE KAŞE

ECZACI İMZA