**…./…./…..**

**T.C.**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**

**Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü**

**Ertuğrulgazi Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi’ne**

 **ANKARA**

Geçici Koruma Altındaki Yabancılar kapsamında karşılamış olduğum reçetelere ait aşağıda döküm numarası belirtilen ……….. dönemine ait örnekleme yöntemiyle incelenmiş reçetelerimin tamamının incelenmesi için gereğini;

Arz ederim.

Eczacının Adı-Soyadı :

Eczane Adı :

Eczane Sicil No :

Döküm No :

Mesaj Tarihi :

Hata Oranı (%) :

Hata Tutarı :

Fatura Tarihi ve No :

 **…./…./…..**

 İmza- Kaşe

Mamak Caddesi No:213/C ( Mamak Belediye Binası Yanı) MAMAK / ANKARA

İtiraz için Tel: (312) 3682991

Fax: (312) 3682992

Mail: ertugrulgazissgm@sgk.gov.tr