

KORDON SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİNE,

Aşağıda bilgileri bulunan iade reçetelerle ilgili işlemlerin yapılması hususunda gereğini arz ederim.

Eczacı Adı-Soyadı
Kaşe-İmza/Tarih

Eczane Sicil No :

Orijinal Döküm No :

Döküm No* :

Ek-1 :

Ek-2** :

(* İade evrağına ait döküm no.su yazılacak)

(** Manuel reçeteler veya **varsa** eksikliği tamamlanması istenen belgeler olması durumunda doldurulacak)