**Form Ek-1**

 50. Bölge Karaman Eczacı Odası Kronik Hastalıklar Komisyonuna

……….……….. tarihinde ………………… işlem numarasıyla aşağıda bilgileri verilen hastam\ kendim için bilgim dışında kaydedilmiş reçetenin silinmesini talep ediyorum. Bilgilerinize arz olunur.

Hasta TC :

Hasta Adı :

Hasta Yakını TC :

Hasta Yakını Adı Soyadı :

Tarih

İmza

**Not: Kimlik ön yüzü eklenecektir.**