**MALİ HİZMETLER SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİ  
 KONYA**

**Kurumunuzla yapmış olduğum sözleşme sonucu adıma tahakkuk edecek reçete fatura bedellerinin ekte belirttiğim banka hesap numarasına yatırılmasını,  
 Arz ederim.**

**……/……/2017**

**Adı ve Soyadı**

**İmza**

**Eczane Sicil No: ……………**

**İşyeri Kaşesi**

**ADRES:………………………….**

**…………………………………….**

**……………………………………**

**……………………………………**

**İletişim Bilgileri:**

**Cep Tel :.................................**

**İş Tel :………………………**

**E-Posta :……………………....**

**EKLER: 1 Adet imza sirküleri (aslı veya fotokopisi)**

**1 Adet nüfus cüzdanı fotokopisi**

**1 Adet banka hesap cüzdanı fotopisi**