**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**