KARAMAN ECZACI ODASI YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI’NA

 TARİH: ……./………./………

………..………… ayı icmal dönemi …………………………………………………………………………………………….reçetelerine ait Farmainbox Reçete Tevzi Sistemi dönem sonlandırma işleminin iptal edilmesini arz ederim.

İPTAL GEREKÇESİ:

 ECZANE KAŞE – İMZA

FAX: (0338) 214 21 80