**0\*\*\***

**1807\*\*\*\* -\*\*\*\*\* ECZANESİ**

**İLÇE/İL**

**OCAK 2025**

**ANTALYA SGK İL MÜDÜRLÜĞÜ**

**SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİNE**

**KONU: REÇETE ÖD. HK.**

**Müdürlüğünüze elektronik ortamda gönderilen …/…./2025 - …./…../2025 dönemlerine ait A-B-C ve Yurtdışı gruplarının fatura bedellerinin gerekli incelemeler yapılarak tarafıma ödenmesini,**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FATURA TÜRÜ** | **DÖKÜM NO** | **REÇETE**  **ADEDİ** | **FATURA NO** | **FATURA**  **TUTARI** | **KUPÜRLÜ VEYA MANUEL REÇ. ADEDİ (VARSA)** |
| **A GRUBU:** |  |  |  |  |  |
| **B GRUBU:** |  |  |  |  |  |
| **C GRUBU:** |  |  |  |  |  |
| **Y.DIŞI-……….** |  |  |  |  |  |
| **Y.DIŞI-……….** |  |  |  |  |  |
| **Y.DIŞI-……….** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Bilgilerinize arz ederim.**

**EK: KUPURLÜ VEYA MANUEL REÇETE ASLI/ ÇIKTI VE EKLERİ**

**Eczane Kaşe - İmza**