

## KAVAKLIDERE SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİNE

Kurumunuz ile yapmış olduğum sözleşme kapsamında Kurumunuz adına düzenlemiş olduğum fatura bedellerinin ..... Bankası nezdinde açılmış bulunan aşağıda kayıtlı hesabıma aktarılmasını, aşağıda yer alan banka hesap numarasının hatalı olması halinde Kurumunuzun sorumlu olmayacağını beyan ve taahhüt ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Kaşe – İmza

Eczane Adı :

Eczacı Adı Soyadı :

Eczacı T.C. No :

Eczane Sicil No :

İşyeri Tel :

Banka Adı :

Şube Adı :

Şube Kodu :

Hesap No :

İBAN Numarası :

**Ek: 1 adet banka hesap cüzdanı fotokopisi**

**Dilekçe aslı ile Kavaklıdere SSGM'ye başvurulması gerekmektedir.**