

16. BÖLGE DENİZLİ ECZACI ODASI BAŞKANLIĞI'NA

.....TC kimlik numaralı İsimli
hastaya ait/...../20.... Tarihli İlaç veya Nolu
reçete tarafımızca alınmamıştır. Konuyla ilgili mağduriyetimin giderilmesi hususunu arz
ederim.

Adres :

Tarih:

Telefon:

Adı Soyadı:

İmza: