

T.C
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
ESKİŞEHİR SOSYAL GÜVENLİK İL MÜDÜRLÜĞÜ
MALİ HİZMETLER SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİ

Kurumunuzla yapılmış olan sözleşme kapsamında Kurumunuz adına düzenlemiş olduğumuz fatura bedelleri karşılığı sağlık yardımı alacaklarının.....Bankası nezdinde açılmış bulunan aşağıda kayıtlı hesabımıza aktarılmasını; aşağıda yer alan banka hesap numarasının hatalı olması halinde Kurumunuzun sorumlu olmayacağını beyan ve taahhüt ederim.

Gereği için bilgilerinize arz ederim.

Saygılarımla,

...../...../.....

Kaşe/İmza

Ecz. T.C. Kimlik Numarası:

Eczane Adı/Sicil Numarası:

Banka Adı ve Kodu:

Şube Adı ve Kodu:

Hesap Numarası:

İban Numarası:

Eczanenin Telefonu:

Eczanenin E-Posta Adresi:

Eczanenin Adresi: