**KESİNTİ YAPILAN REÇETELER İÇİN İTİRAZ DİLEKÇE FORMATI**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU**

**KONYA SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİ**

 **KONYA**

**Aşağıdaki bilgileri verilen reçetelere ait kesintilerin, itiraz gerekçelerinin dikkate alınarak itiraz komisyonunda incelenmesini arz ederim.**

 **……/……./20**

**ECZANE ADI VE İLÇESİ : ECZANE KAŞE/ İMZA**

**ECZANE SİCİL NO :**

**HASTA T.C. :**

**DÖKÜM NO :**

**REÇETE GRUBU :**

**MESAJ TARİHİ : … /… /20**

**(ÖNEMLİ NOT: Lütfen itirazınızı SGK mesajın gönderildiği günü takip eden 5 iş günü içinde iletiniz SGK** **Tel:0332** **248 74 51 Fax:0332 248 74 55**

|  |  |
| --- | --- |
| **REÇETE İŞLEM NO** | **İTİRAZA KONU İLAÇ VE İTİRAZ GEREKÇESİ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |