

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

SİVAS

İlimiz İlçesi.....Mahallesi.....caddesi
.....sokak.....no'lu mahalde faaliyet göstermekte olan sahibi veya mesul müdürü
bulunduğum eczanesinde / ecza deposunda bulunan ve
dilekçem ekinde envanteri çıkarılan miadı geçmiş ilaçları imha ettirmek istiyorum.

Gerekli iznin tarafıma verilmesi hususunu bilgilerinize arz ederim.

Eczacı Adı Soyadı

...../...../2021

Adres:

Telefon: