**SAMSUN T TİPİ KAPALI CEZA İNFAZ KURUMU MÜDÜRLÜĞÜNE**

Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Müdürlüğünüz ile sözleşmeli eczacıyım. Kurumunuza kesmiş olduğum …./…/201… tarih ve …………. seri numaralı fatura ile fatura edilen, reçetelerin karşılığı olarak verilen karekodlu ilaçların T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü İlaç Takip Sistemi üzerenden karekodlarının sonlandırıldığını, oluşabilecek her türlü hukuki, adli, idari ve mali sorumluluğunu üzerime aldığımı taahhüt ederim.

Ekte sunulan faturamın fatura üzerinde belirtilen banka şubesi ve İban numarasına ödenmesini arz ederim

….. / ….. / 201…

 Ecz. …………………………………….

İsim, Kaşe ve İmza

EK:

1. Fatura… Adet
2. Reçete ve ekleri … Adet

BANKA BİLGİLERİ

Ödemenin Yapılacağı Banka :

Banka Şubesi :

İban Numarası :