**SOSYAL GÜVENLİK İL MÜDÜRLÜĞÜ**

**Mali Hizmetler Sosyal Güvenlik Merkezi**

 **ANTALYA**

 Kurumunuza teslim edilen medula ve diğer manuel fatura bedeli ödemelerini aşağıda belirtilen hesap numarasına havale edilmesi hususunu,

 Arz ve talep ederim.

 Tarih:

 Kaşe ve İmza

TEL. :

HESAP NUMARASI BİLDİRİLEN FİRMA BİLGİLERİ

TC. / VERGİ NO : . . . . . . . . . . .

MEDULA ÜNİTE KODU : . . . . . . . . . . .

ECZ/HASTANE/

OPTİK/MEDİKAL ADI : . . . . . . . . . . .

OPT./ECZACI ADI SOYADI : . . . . . . . . . . .

MEDİKAL FİRMASI ADI : : . . . . . . . . . . .

BANKA İLİ : . . . . . . . . . . .

BANKA ADI : . . . . . . . . . . .

BANKA ŞUBE ADI : . . . . . . . . . . .

ŞUBE KODU : . . . . . . . . . . .

BANKA HESAP NO : . . . . . . . . . . .

İBAN NO : . . . . . . . . . . .

EKİ :

1 Ad. Hesap Cüzdanı Fotokopisi