**T.C.**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU İL MÜDÜRLÜĞÜ**

**SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİ**

**ANTALYA**

 **.........../.........../201....... tarihinde saat .................... düzenlenecek itiraz komisyonuna katılamayacağımdan yerime Ecz. ............................................................ katılmasını istiyorum**

**Gereğini bilgilerinize arz ederim.**

 **…..…/...…./201....
 Kaşe-İmza**

**Not:** Dilekçenin 1 örneği Antalya Eczacı Odasına teslim edilecektir.