**T.C.**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU İL MÜDÜRLÜĞÜ**

**SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİ**

**ANTALYA**

**……………………………. tarihinde tarafımıza iade edilen …...…/..…..…/….....… dönemine ait …………………..... nolu reçetelerin/faturanın eksikliği giderilerek dilekçemiz ekinde sunulmaktadır.**

 **Gereğini bilgilerinize arz ederim.**

 **Tarih:
 Kaşe-İmza**