

SAKARYA İL SAĞLIK/ ADAPAZARI İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

HASTANIN	
Adı ve Soyadı	
T.C. Kimlik Numarası	

DÜZELTME İSTENİLEN	
Reçete No/ Medula R. No	
Reçetenin Tarihi	
İlacın Adı	
Doğru Kullanım Dozu	

Gerekli bilgiler yukarıda belirtilmiş olup, hatalı girilen ilaç dozunun düzeltilmesini ve hasta mağduriyetinin giderilmesi hususunda gereğinin yapılmasını arz ederim.

Başvuru Sahibi Eczane/ Hekim

Kaşe ve İmza

Ek: Hatalı girilmiş olan reçete örneği