



T.C.

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
Adana Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü
Adana Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi

454 2836
TEB 4. BÖLGE
ADANA ECZACI ODASI
Evrak Kayıt Tarihi : 20 / 10 / 2017
Evrak Kayıt No : 1945

Sayı : 18361334-104.99-E.5293660
Konu : Dilekçe Örneği

20/10/2017

SHS İnceleme ve Ödeme Servisi-1 (Eczane İtiraz)

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ
4.BÖLGE ADANA ECZACI ODASI
(Reşathey Mah. Adalet Cad. No:24)

Sevhan/ADANA

Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamındaki Kişilerin Türk Eczacıları Birliği Üyesi Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol' ün '5.2. Savunma' başlıklı Maddesinde "Sözleşme feshi, uyarı ve cezai şartlara yapılacak itirazlar EK-7'de yer alan "Eczanelerin Sözleşmeden Kaynaklı Yaptırımlara İlişkin İtirazlarının Değerlendirilmesine İlişkin Usul Ve Esaslar" doğrultusunda değerlendirilir.", aynı protokolün İtiraz başlığı 4. Maddesinin 2. Bendinde "Eczane tarafından, tebligatın eczaneye ulaşmasını takip eden 5 (beş) iş günü içerisinde işlemin "Eczane Uyarı ve Cezai Şart İtiraz Değerlendirme Komisyonu" tarafından değerlendirilmesi için yazılı olarak itirazda bulunulabilir." denilmektedir.

Sözleşmeli eczacıların Kurumumuza gerekli itirazlarını, ekte örneği gönderilen dilekçe ile müracaat edebilmeleri için üyeniz eczacılarına duyurulmasını,
Bilgileriniz rica ederim.

Ecz. Belma DEMİR
Merkez Müdür Yrd. G.

EK. 1 Ad. Dilekçe Örneği

Güvenli Elektronik İmzalı
Asli ile Aynıdır.
.../.../2017

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5 inci maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır
EMEK MİT FEMEK CD. NO:23 SEVHAN/ADANA
Tlf (322)435 49 98 Faks (322)432 65 02

LOGO

KAYIT DIŞI ÇALIŞMAYIN
GELECEĞİNİZİ RISKE ATMAYIN

Evrakın e-İmzalı halini <https://uyg.sgk.gov.tr/DYSE/evrakDogrulamaWEB/> adresinden 87f6-9bb2-382c-8ae6-2dcd kodu ile teyit edilebilir

**PROTOKOL MADDESİ GEREĞİ YAPILAN KESİNTİLER İÇİN İTİRAZ DİLEKÇE
FORMATI**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
ADANA SAĞLIK SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİ
ADANA**

Aşağıda bilgileri verilen protokol maddesine ait itiraz gerekçelerinin
dikkate alınarak tekrar incelenmesi için;

Gereğini arz ederim.

/ /2017

ECZANE KAŞE/İMZA

ECZANE ADI VE İLÇESİ :

ECZANE SİCİL NO :

BİLDİRİM TARİHİ :

ÖNEMLİ NOT: Lütfen itirazınızı SGK ve Eczacı Odasına mesajın gönderildiği günü
takip eden 5 (beş) işgünü içinde iletiniz.(SGK Faks no: 0 322 4323926)

PROTOKOL MADDESİ	İTİRAZ GEREKÇESİ