**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU**

 **Gaziantep Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi Müdürlüğü’ne**

 **GAZİANTEP**

……………………………………………………………………… adresinde bulunan, sahibi ve mesul müdürü olduğum …………………… Eczanesi’nin adresi bağlı bulunduğu belediye tarafından ………………………………………………………………………………………… olarak değiştirilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

 ……/…../ 2024

 Eczacı Adı ve Soyadı

 İMZA

**Eczane SGK Sicil No:**

**Eczane Kaşesi**