**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU İL MÜDÜRLÜĞÜNE**

**……………………. / …………………….**

………………………… TC kimlik numaram ile kullanmakta olduğum ilaçlara ait bilgilerin ve sistemde kayıtlı bulunan hastalıklarıma ilişkin raporumun eczanelerde, hastanelerde, iş yerlerinde ve diğer her türlü sağlık hizmeti sunan birimlerde kullanılan MEDULA sisteminde görüntülenmeyecek şekilde kapatılmasını ve provizyon alma, muayene olma, ilaç yazdırma gibi haklarımın korunmasını talep ediyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim. …. /…. / 2019

Saygılarımla,

Ad- Soyad

……………………………..

İmza

……………………………..

TCKN : ………..…………..

GSM : …………………….

Adres : …………………….

EKLER:
Ek-1: Nüfuz cüzdanı fotokopisi