

SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİ

MÜDÜRLÜĞÜ'NE

(.....)

Müdürlüğünüzün sicil numarasında kayıtlı işvereniyim.

Eczane işyerleri tarafından ibraz edilen ve fiilî hizmet süresi zammı uygulamasına esas teşkil eden, ekte sunulan “aslı gibidir” onaylı Eczane Destek Personeli belgesinin incelenerek işlem altına alınmasını arz ederim.

... / ... / 20...

Eczacı Adı Soyadı

İmza – Kaşe

Ek:

– Aslı gibidir onaylı Eczane Destek Personeli Belgesi