

İmzalı e-Reçete

Eczane Ad:   
Reçete Sahibi: Yaş   
Doktor Bilgisi: /TescilNo:   
Branş/Dr.Dipl. Pratisyen Hekim /   
Protokol No:   
Hastane Adı:   
Teslim Alan:   
Reçete Uyarı:

**Formda gerekli olan  
Reçete No**

Reçete No: 3\*\*\*\*\*   
E-reçete No:   
T.C.Kimlik No:   
İlaç AlımTarihi:   
Reçete Tarihi:   
Provizyon Tipi:

Döküm No:

Barkod	İlaç Adı	İlaç Fiyatı	Verile.	Ade	İlaç Kullanımı	E.D	RK.	Fiyat	Ö.D.
--------	----------	-------------	---------	-----	----------------	-----	-----	-------	------

**Ödenecek Tutar.**

Toplam Tutar :

İlaç Katılım (%10):

Ödenecek Tutar :

Ödemeniz gereken fiyat farkı \*\*\*\*\* TL'dir.

Maaşınızdan kesilecek ilaç katılım payı tutarı \*\*\*\* TL'dir.

**Hastanın eczaneye ödemesi gereken toplam tutar**  
**Bu nüsha hastaya verilecektir.SGK'ya gönderilmeyecektir.**

Maaşınızdan kesilecek reçete katılım payı tutarı \*\*\*\* TL'dir.  
Reçetede karekodlu ilaç bulunmaktadır.(İTS' den bilgiler henüz çekilmedi.)

Sosyal Güvenlik Kurumu acil şifalar diler.

TANILAR :