**…../…../2023**

**DENİZLİ SERBEST MUHASEBECİ MALİ MÜŞAVİRLER ODASI BAŞKANLIĞI’NA**

Odanızın **………..** Numaralı üyesiyim. Odamızın 25.05.2019 tarihli 23. Olağan Genel Kurul’da alınan karar gereğince, ekte sunduğum Sağlık Raporunda belirtilen engellilik oranında 2023 Yılı Maktu Aidatından indirim yapılması için gereğini arz ederim.

 **Adı SOYADI**

**Unvanı**

**İmza**

**Ek:** Engelli Sağlık Kurulu Raporu