**«فرم تقاضای رسیدگی به شکایات امور دارو»**

احتراماً ، اینجانب ........................................................................ به شماره دفترچه بیمه ...................................... یانسخه آزاد

شاغل در .................................................... به آدرس ................................................................................................................................... به شماره تلفن ..................................... در تاریخ ....................... و در ساعت .................... به .......................................

به آدرس ......................................................................................... مراجعه نموده و به شرح ذیل از آن شکایت دارم خواهشمندم موضوع را بررسی نموده و امر به اقدام لازم نمایید .

**موضوع شکایت :**

**محل امضاء یا اثر انگشت شاکی**

سرکار خانم / جناب آقای ....................................... خواهشمند است موارد مذکور را بررسی و اعلام نتیجه نمایید .

**معاون غذا و دارو امضاء**

**«فرم رسیدگی به شکایات امور دارو»**

مشخصات شاکی :

نام و نام خانوادگی :

آدرس :

شماره تلفن تماس :

مشخصات متشاکی :

نام موسسه / داروخانه / غیره :

نام موسس / مسئول فنی / غیره :

آدرس :

بررسی و گزارش کارشناسی

امضاء کارشناس

توضیحات متشاکی :

مهر و امضاء متشاکی

اقدامات نهایی :

**تائیدیه امضاء مدیر نظارت بر امور دارو**