

فرم مخصوص درخواست  
تجهیزات پزشکی مصرفی و دندانپزشکی و  
متمم

**مرکز بهداشت و درمان جنوب تهران**

نام مرکز سلامت / پایگاه سلامت ..... تاریخ تنظیم درخواست ..... فاصله از تاریخ درخواست تا تحویل دارو .....

میزان درخواست	مصرف سه ماهه گذشته	موجودی	میزان افزایش مصرف	نام اقلام *	ردیف

\*در صورت صفر بودن دپو در کنار نام قلم قید شود

کارشناس مسئول دارویی

نام و امضاء درخواست کننده

رئیس مرکز بهداشت و درمان جنوب

نام و امضاء سرپرست مرکز