

بسمه تعالی

((صورتجلسه جایجایی))

تاریخ:

شماره:

ریاست محترم مرکز بهداشت و درمان جنوب تهران

سلام علیکم

احتراما به اطلاع می رساند اقلام ذیل از مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه
به مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه انتقال یافت .

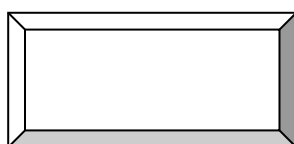
در صورت تعویض تاریخ انقضاء		تاریخ انقضاء	ارزش ریالی	تعداد	نام دارو	ردیف
تاریخ انقضاء جدید	تاریخ انقضاء قبلی					
						۱
						۲
						۳
						۴
						۵
						۶
						۷
						۸
						۹
						۱۰
						۱۱
						۱۲
						۱۳
						۱۴
						۱۵
						۱۶
						۱۷
						۱۸
						۱۹
						۲۰

مهر و امضاء تحویل گیرنده:

مهر و امضاء تحویل دهنده:

مهر و امضاء سرپرست مرکز تحویل گیرنده:

مهر و امضاء سرپرست مرکز تحویل دهنده:



مبلغ کل: