

بسمه تعالی

((اعلام اقلام مازاد))

تاریخ.....

شماره.....

ریاست محترم مرکز بهداشت و درمان جنوب تهران

با سلام

احتراما به استحضار می رساند اقلام مازاد بر مصرف مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه بهداشتی / خانه بهداشت
..... به شرح ذیل می باشد. خواهشمند است دستور اقدام مقتضی صادر فرمائید.

لیست اقلام مازاد بر مصرف مرکز / پایگاه / خانه بهداشت.....

ردیف	نام اقلام به ترتیب حروف الفبا	تاریخ انقضاء**	تعداد

امضاء مسئول دارویی

امضاء سرپرست مرکز

*جدول فوق الذکر جهت اعلام موارد مازاد با تاریخ انقضاء بیش از ۶ ماه تاریخ می باشد و در سه نسخه تهیه می گردد.

**در صورت وجود قلمی با بیش از یک تاریخ انقضاء تعداد موجود از هر تاریخ انقضاء به تفکیک ثبت شود .