

بسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

ریاست محترم مرکز بهداشت و درمان جنوب تهران

با سلام

احتراما به پیوست تعداد برگ فرم تکمیل شده تحویل و تحویل دارویی مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه / خانه بهداشت مورد تأیید اینجانب ارسال میگردد ضمنا به استحضار میرساند هماهنگ شد حداکثر تا تاریخ نسبت به تامین موارد کسری توسط فرد تحویل دهنده اقدام گردد که گزارش رفع موارد کسری حداکثر تا ۵ روز آتی ارسال میشود و موارد اضافی در تاریخ تحویل و تحویل در دفتر دارویی ثبت شده است. لازم به ذکر است کلیه شرح وظایف و مکاتبات و فرمهای خام واحد دارویی و کتابهای دارویی توسط تحویل دهنده به تحویل گیرنده آموزش داده و تحویل شد.

نام و نام خانوادگی و امضا تحویل دهنده:

نام و نام خانوادگی و امضا تحویل گیرنده:

امضا و مهر سرپرست مرکز: