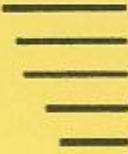


## پست جواب قبول

طی قرارداد ۱۴۱۵۴/۲۱ هزینه پست پرداخت گردیده است



طرف قرار داد : معاونت غذا و دارو

تهران - صندوق پستی ۹۴۸-۱۴۱۸۵

تلفن : ۴-۸۸۹۲۳۱۹۳    نمابر : ۸۸۸۹۰۸۵۷

( از محل خط چین تا کرده و با چسب بچسبانید )

مشخصات گزارشگر :  پزشک    داروساز    پرستار    متخصص   سایر مشاغل.....

نام و نام خانوادگی گزارشگر :

شماره نظام پزشکی :

تلفن تماس :

آدرس کامل پستی گزارشگر :

استان ..... شهرستان ..... روستا ..... خیابان ..... کوچه ..... پلاک .....

تاریخ ... / ... / ... امضاء یا مهر گزارشگر :