بسمه تعالی

**تاریخ:**

**شماره ثبت:**



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم

معاونت غذا و دارو

فرم رسیدگی به شکایات مربوط به اداره دارو

|  |
| --- |
| 1) نام و آدرس مؤسسه مورد شکایت: |
| 2) موضوع شکایت:گرانفروشی اشتباه در نسخه پیچی ارائه داروی غیرمجاز ساعات کار داروخانه  عدم حضورمسئول فنی ارائه داروی تاریخ گذشته برخورد نامناسب تعویض دارو بدون مشاوره با پزشک داروی فاقد مجوز وزارت بهداشت |
| 3) توضیحات: |
| 4) مشخصات شاکی و آدرس: |
| 5) شکایت نیازمند بازرسی می باشد نمی باشد |
| نتیجه رسیدگی به شکایت: |

 **امضاء کارشناس**

 **تاریخ:**