


تاریخ:	<b>فرم شکایت تجهیزات و ملزومات پزشکی</b>	
شماره ثبت:		دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل معاونت غذا و دارو تاسیس ۱۳۸۰

**\* مشخصات شاکی (در صورت تمایل تکمیل شود):**

- نام:
- نام خانوادگی:
- میزان تحصیلات:
- رشته تحصیلی:
- شماره تماس:
- آدرس:

**\* مشخصات فروشنده/وسیله پزشکی:**

- نام وسیله:
- تعداد وسیله:
- مارک:
- مدل:
- تاریخ تولید:
- تاریخ انقضاء:
- فاکتور خرید وسیله (موجود است/موجود نیست):
- تاریخ خرید وسیله (فاکتور):
- نمونه وسیله (موجود است/موجود نیست):
- نام فروشگاه/شرکت:
- آدرس:
- شماره تماس:

**\* نوع ارائه شکایت:**

- حضوری
- تلفنی
- سامانه
- ایمیل

**\* موضوع شکایت:**

- گرانفروشی
  - عرضه و توزیع غیر قانونی
  - تبلیغات غیر واقع
  - قاچاق
  - عدم کیفیت
  - عدم رعایت قیمت مصوب
  - عدم صدور فاکتور
  - سایر  ذکر گردد: .....
- شرح شکایت:**

تاریخ و امضاء شاکی:

**\* مستندات تحویلی:**

تاریخ و امضاء کارشناس:

زابل: خیابان شهید موسوی - جنب آزمایشگاه سیستم سلامت معاونت غذا و دارو

تلفن: ۰۵۴۳۲۲۲۵۲۷۵ - ۰۵۴۳۲۲۲۷۶۵۲ - ۰۵۴۳۲۲۲۵۲۸۳ - ۰۵۴۳۲۲۲۵۲۸۰ - فاکس: ۰۵۴۳۲۲۲۵۲۸۰ - شماره پیامک: ۰۵۴۱۰۰۲۹

کدپستی: ۹۸۶۱۶۱۵۵۸۵ پست الکترونیکی: fdo-zabol@zbu.ac.ir